Ortega

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882 — N° 75

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 7 mars 1882, à 1 heure.

PAR JUAN-JOSÉ ORTEGA,

Né à Guatemala (Amérique Centrale), le 7 novembre 1856.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ABLATION DES TUMEURS

DE LA RÉGION INGUINO-CRURALE,

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. PETER, *professeur*, JOFFROY, HUMBERT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen ..... **M. BÉCLARD.**

Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	X.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : **A. PINET.**

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON REGRETTÉ ET VÉNÉRÉ PÈRE

A MI SEGUNDO PADRE Y RESPETADO TIO

PRESBITERO Dn TOMAS ORTEGA

Eternaz gratitud!

A MA MÈRE

A MES ONCLES

A MON FRÈRE EMMANUEL

A MES AMIS

RAFAEL ANGULO ET RAFAEL D. AYAU

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur, etc.

A M. LE DOCTEUR P. BAZY,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

A M. LE DOCTEUR RAYMOND,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice d'Ivry.

A MES MAITRES DE PARIS.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ABLATION DES TUMEURS

DE LA RÉGION INGUINO-CRURALE

Un cas de lymphosarcome de l'aine que nous avons dernièrement observé dans le service du professeur Richet, et qui a été le sujet d'une leçon clinique de la part de notre vénéré maître, nous a inspiré l'idée de ce travail. Nous avons vu avec quel soin méticuleux il a examiné la tumeur, ses connexions avec le paquet vasculaire de la région, il a recherché tous les symptômes qui pouvaient l'éclairer sur le degré de perméabilité de l'artère et de la veine fémorales. Nous avons assisté à sa leçon clinique où il a développé toutes les raisons, bien justifiées du reste par l'opération, qui permettaient de conclure que les deux vaisseaux pouvaient être respectés par l'instrument tranchant, et nous avons été frappé de la conclusion à laquelle il est arrivé, à savoir, que s'il avait eu la conviction que l'artère et la veine eussent du être liées, il n'aurait pas procédé à l'opération.

Assurément, cette conclusion était rigoureuse, et il fal-

lait, pour la poser, l'autorité qui s'attache au nom du savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et l'expérience qui résulte d'une longue pratique, Ce n'est certes pas une chose indifférente qu'enlever à un malade dans les conditions où se trouvait le nôtre, les chances d'une survie peut-être longue pour le laisser mourir de sa belle mort dans une échéance rapprochée : on ne reste pas volontiers impassible en présence d'un cas semblable, et la première idée qui vient à un chirurgien en voyant une tumeur, bien délimitée, mobile comme l'était celle dont on trouvera la description plus loin, la première idée, dis-je, c'est de l'enlever. Il faut donc une sérieuse réflexion et une conviction bien profonde pour se décider à agir autrement.

Notre but, en écrivant ce modeste travail, a été de développer les raisons et les conclusions de notre excellent maître, de rechercher dans les auteurs les cas semblables ou analogues aux nôtres et de voir si les résultats obtenus sont conformes à ceux qui sont indiqués par le professeur Richet. Disons-le, tout de suite, quoique nous ayons l'air de faire déjà des restrictions, les cas que nous avons pu recueillir viendraient-ils donner un démenti à la façon de voir du professeur de l'Hôtel-Dieu, que nous verrions par là une indication bien évidente de modifier notre manière de voir. Car si les statistiques sont utiles, elles peuvent quelquefois induire en erreur, surtout quand il s'agit de résultats thérapeutiques ou opératoires. Il en est de ceci comme de bien d'autres choses : on ne publie souvent que les cas heureux, les cas défavorables ou malheureux sont laissés dans l'ombre, ou ne sont pas publiés ; à ce point de vue l'opinion d'un homme dont l'expérience est grande a plus de valeur qu'une statistique appartenant à vingt ou trente chirurgiens différents.

Notre travail sera forcément très incomplet, nous ne

le dissimulons pas, non seulement à cause des erreurs dues à la statistique que nous indiquons plus haut, mais à cause des difficultés énormes que l'on éprouve à recueillir des matériaux pour un sujet semblable, et que le temps forcément limité dont nous pouvons disposer nous a empêché de réunir.

Mais si nous n'avons pas de ce côté atteint le but que nous nous proposions, nous n'en serions pas moins très heureux, d'avoir contribué pour notre faible part, à donner de la publicité à l'opinion d'un chirurgien dont l'expérience et le talent sont connus depuis longtemps.

Le plan que nous nous sommes tracé nous paraissait tout indiqué. Après avoir rappelé en quelques mots, la circulation du pli de l'aine, les vaisseaux qui traversent cette région, et ceux qui l'alimentent, les anastomoses tant artérielles que veineuses, qui permettent à la circulation collatérale de s'établir dans le cas de ligature à ce niveau, notions qui nous paraissent indispensables pour l'étude de la question, nous aborderons directement notre sujet, et après avoir énuméré les différentes tumeurs qui peuvent siéger au pli de l'aine, nous indiquerons celles qui ont le plus de tendance à se rapprocher du paquet vasculaire, à l'englober, à contracter des adhérences avec lui, puis les moyens de les diagnostiquer, et enfin nous ferons, en indiquant les faits qui sont à notre connaissance, ressortir les précautions que l'on doit prendre pour éviter les vaisseaux, le danger de leur blessure et les résultats obtenus quand on a été obligé à les lier.

Nous ne nous bornerons pas à publier les cas de tumeurs, nous tâcherons aussi de tirer quelques renseigne-

ments du cas où la ligature a du être pratiquée pour des lésions traumatiques des vaisseaux fémoraux et pour des anévrismes.

DE LA CIRCULATION AU NIVEAU DE L'AINE

L'aine ou la région du triangle de Scarpa, la partie antérieure de la hanche, ou région *inguino-crurale* suivant l'expression du professeur Richet est traversée par de gros vaisseaux qui portent et ramènent le sang de tout le membre inférieur. Sans insister plus qu'il ne faut sur la direction et les rapports de ces vaisseaux nous dirons qu'ils ont une direction légèrement oblique de haut en bas de dehors en dedans partant du milieu de l'arcade crurale pour rejoindre le sommet du triangle de Scarpa. Les vaisseux principaux sont relativement superficiels ; car on ne trouve au-devant d'eux que la peau, les deux feuillets du fascia superficialis et l'aponévrose : ils reposent sur le psoas et sur l'articulation coxo-fémorale ; des tumeurs nées aux dépens du fémur et de l'os iliaque pourront, en se développant du côté de la région antérieure de la cuisse, se mettre en rapport avec eux, les dévier quelquefois, les comprimer et même les entourer et les englober, comme c'est le cas pour le malade dont nous donons l'observation résumée de M. le Dr Reclus.

Les vaisseaux fémoraux sont situés au milieu de nombreux ganglions lymphatiques plus ou moins volumineux, qui ont beaucoup de tendance à leur adhérer et à les enserrer quand ils sont malades, soit enflammés, soit dégénérés; ces ganglions sont superficiels. Les profonds sont plus spécialement placés en dedans de la veine fémorale et accolés

à elle dans l'entonnoir crural. Les connexions des ganglions avec les vaisseaux sont donc intimes ; c'est un point qu'il faut retenir.

Indépendamment de ces deux troncs vasculaires principaux, nous en trouvons d'autres. Nous négligerons la tégumenteuse abdominale et les deux artères honteuses externes, dont le calibre est peu considérable ; mais il ne saurait en être de même de la fémorale profonde et de la grande artère musculaire du triceps qui en naît le plus souvent, sans compter les circonflexes et les perforantes, dont nous ne nous occuperons pas tout d'abord et sur lesquelles nous reviendrons dans un instant. Ces artères sont accompagnées de veines satellites, dont le volume est en rapport avec celui de la branche qu'elles accompagnent. Si à ces veines, nous ajoutons la saphène interne qui vient se jeter dans la veine fémorale au sommet de l'entonnoir crural, nous aurons une idée du nombre considérable de vaisseaux que l'instrument tranchant aura à ménager pendant une opération pratiquée dans la région et des difficultés qu'ont souvent éprouvées les opérateurs pour arrêter une hémorrhagie. Nous indiquons ces points, non parce qu'ils doivent arrêter l'opérateur habile, mais ils méritent d'être pris en sérieuse considération quand il s'agit de prendre un parti. Il suffit de lire quelques descriptions de plaies siégeant dans la région pour être convaincu du fait. Nous aurions trop à citer pour développer ce point, qu'on lise l'article si étendu de M. Gilette relatif à l'artère crurale dans le Dictionnaire encyclopédique.

Jusqu'ici nous n'avons pas tenu compte des petites branches, au point de vue de la gravité des hémorrhagies, quoiqu'elles soient souvent très difficiles à voir, à cause de leur situation profonde, de leur position cachée au milieu de masses musculaires. (Voir *Correspond. Blatt für*

Schweizer Artze, n° 6, p. 173, 187; et *Rev. Sciences méd. de Hayem* T. X. p. 670 ; Fait de blessure des vaisseaux fémoraux profonds par Rose, et Péan *de la Forcipressure*, etc.)

A ces vaisseaux nous devons ajouter ceux quelquefois très volumineux et très nombreux qui nourrissent la tumeur, qui semblent et sont des vaisseaux adventices, naissant souvent directement de l'artère principale elle-même et qui doivent être coupés au ras de leur point d'implantation sur l'artère, si on ne veut s'exposer à laisser une partie du néoplasme dans la plaie. Dans ces cas l'hémorrhagie a tant de sources et prend naissance sur des moignons d'artère si courts que, quelque soit le petit calibre des vaisseaux, elle ne peut être arrêtée : on est obligé d'avoir recours alors à la ligature de l'artère principale du membre. Notre excellent maître et ami M. le Dr Bazy, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu a été témoin d'un fait de ce genre. Il s'agissait d'une jeune femme qui portait un sarcome assez volumineux de la gaine des vaisseaux fémoraux au niveau du canal de Hunter. Elle fut opérée par M. le professeur Guyon. Quand la tumeur fut enlevée, l'hémorrhagie que fournissaient les vaisseaux nourriciers de la tumeur était si tenace qu'il dut pratiquer la ligature de la fémorale, après avoir un instant agité la question de l'amputation de la cuisse. Du reste la malade guérit très bien et sans accidents.

Si les petites artères naissant de l'une des fémorale sont négligeables quand on s'occupe d'hémostase, elles ont une importance très grande au point de vue du rétablissement de la circulation collatérale.

La tégumenteuse abdominale et les honteuses externes concourent très peu à ce rétablissement à cause de leurs

faibles anastomoses avec les artères lombaires pour la tégumenteuse et les terminaisons des artères funiculaires de l'obturatrice pour les honteuses externes. Du reste, si elles sont situées au-dessus de la ligature de la fémorale elles ne concourent en rien alors au rétablissement de la circulation collatérale.

Il n'en est pas de même des autres branches, en particulier des circonconflexes externe et interne et des perforantes. Les premières ont de nombreuses anastomoses avec l'obturatrice, l'ischiatique et la fessière ; aussi quand une ligature de la fémorale a permis la survie au malade, voit-on un riche réseau artériel autour de l'articulation. Les perforantes s'anastomosent aussi avec les terminaisons des mêmes vaisseaux, mais quelle que soit la richesse de ces anastomoses, elle n'est pas excessive ; il faut songer combien peu elles sont en rapport avec le volume de l'artère fémorale : ainsi il ne faut pas s'étonner de voir les chirurgiens pratiquer la ligature de cette artère non pas avec timidité mais avec certaine crainte, facilement explicable. Un certain nombre ont même recommandé (Tilllaux, Soc. de chir. 1864), quand le temps le leur permettait, de faire pendant quelques jours la compression au-dessus du point où ils devaient lier, afin de favoriser l'établissement d'anastomoses qu'ils jugeaient insuffisantes sans cette précaution. Aussi n'est-on pas étonné de voir autant de gangrènes à la suite de la ligature, soit dans le cas d'anévrismes (14 p. 0/0, Broca), soit pour des plaies. Et tous les cas défavorables n'ont pas été publiés ; à voir même les statistiques publiées et les indications bibliographiques, il semblerait qu'il n'y a presque que des guérisons ; mais cette richesse apparente cache, nous le craignons une pauvreté réelle : il semble qu'on est trop heu-

reux d'avoir obtenu un bon résultat pour ne pas le faire connaître.

Quant aux veines, le rétablissement de la circulation collatérale peut aisément s'établir au moins sur le cadavre, ainsi que l'ont établi les expériences des professeurs Sappey et Verneuil, confirmées par celles de M. Nicaise (thèse d'agrégation, 1872), dont les conclusions sont adoptées par M. Richet; nous ferons néanmoins observer qu'il y a loin de l'expérience cadavérique à la clinique, de ce qui se passe dans une injection poussée dans les veines d'un cadavre, à ce qu'on observe sur le vivant. Les exemples de phlegmatia alba dolens, où la gangrène est exceptionnelle, ne seraient pas pour nous un enseignement suffisant et ne nous fourniraient pas une démonstration complète ; car on ne peut absolument comparer ce qui se passe dans la phlegmatia, où l'oblitération de la veine est lente, progressive, avec ce qui se passe dans la ligature de la veine fémorale où l'oblitération est brusque : dans le premier cas la circulation collatérale a tout le temps pour s'établir, étant donnée surtout la distensibilité des veines. Il ne faudrait cependant pas trop assombrir le tableau et, si la ligature de la veine principale d'un membre est grave, elle est loin d'être toujours mortelle, sinon par les conséquences ultérieures, du moins par des résultats immédiats. Il faut néanmoins en tenir compte quand on est en même temps obligé de lier l'artère, car il faut bien le dire, toutes les fois que dans une opération de ce genre, l'artère a dû être liée, parceque ses connexions avec la tumeur étaient trop intimes, on a dû aussi lier la veine.

Jusqu'ici nous n'avions pas parlé des nerfs, cependant ils son exposés à être lésés dans l'opération. Il ne nous a pas été possible de savoir si leur section exposait à des accidents, quand en même temps on liait les vaisseaux. Mais

Robert et M. Richet ont cité (*Bull. de la Soc. de chirurgie* 1852) deux exemples dont l'un est attribué à Dupuytren où le saphène interne ayant été compris dans la ligature de la fémorale dans un cas, toutes les parties auxquelles ce nerf se distribue tombèrent en gangrène, dans l'autre une eschare gangréneuse se déclara au niveau de la malléole interne.

Parmi les tumeurs qui peuvent occuper la région inguino-crurale, les unes y sont nées, s'y sont développées, d'autres au contraire y apparaissent consécutivement et n'y sont en quelque sorte que comme un prolongement : nous ne devrons nous en occuper qu'en tant qu'elles sont accessibles aux moyens chirurgicaux, que leur volume, leur délimitation en permettent l'ablation. Les sarcomes diffus périostiques du bassin, par exemple, venant faire saillie au niveau de l'aine ne pourraient rentrer dans cette catégorie. Nous donnons un exemple (Obs. de Laudétta) précisément observé dans le service du professeur Richet qui répond à ce cas ; l'idée d'une opération était écartée par le grand nombre de prolongements de la tumeur.

Bien différentes en cela sont certaines tumeurs, nées sur le fémur ou même le pubis et implantées par un pédicule plus ou moins épais, telles que certaines exostoses ostéogéniques du pubis, du fémur et un certain nombre de tumeurs fibro-plastiques prenant leur point d'implantation sur le périoste.

Nous ne nous occuperons non plus qu'incidemment des cancers, des épithéliomas secondaires des ganglions ; ici l'indication tirée des rapports de ces ganglions avec les vaisseaux fémoraux est tout à fait secondaire : d'autres

considérations, la récidive du cancer primitif, la cachexie ont une importance autrement grande pour contre-indiquer l'opération ; dans les cas, qui du reste doivent être assez rares, où l'extirpation paraîtrait indiquée par l'absence de cachexie et de récidive du cancer primitif il n'est pas, nous croyons, un chirurgien qui fut assez hardi pour oser enlever des ganglions cancéreux qui lui paraîtraient faire corps avec le paquet vasculaire : on sait en effet combien les cancers ont de la tendance non seulement à intéresser les vaisseaux mais même à envahir leurs gaines et leurs parois.

Quant au carcinome primitif des ganglions, comme son existence est contestée par beaucoup d'auteurs nous les laisserons de côté.

Dans la région inguino-crurale, outre ces tumeurs fibreuses et cartilagineuses nées au dépens des os du bassin et du fémur, Dolbeau (Tumeurs cartilagineuses du bassin, Journal du Progrès, 1861) et Th. Bodin (Tumeurs fibreuses peripelviennes chez la femme, 1861), on rencontre encore des tumeurs nées aux dépens de la gaine des vaisseaux fémoraux, pour la plupart sarcomateuses et des tumeurs nées dans les ganglions, lymphoadénome et lymphosarcome, comme dans notre observation,

Nous noterons enfin les lipomes et surtout les lipomes sous-aponévrotiques qui doivent seuls nous occuper, comme le cas cité par Lisfranc (Gaz. méd. 1836) et celui présenté par M. Gillette à la Société de chirurgie. (Bull. men. de la Société de chir, 1877.)

Parmi toutes ces tumeurs, les unes ont une grande tendance à envahir le paquet vasculaire, à l'englober, et même à envoyer des prolongements dans l'intérieur de l'un des vaisseaux, surtout de la veine (obs. Laudetta), d'autres au contraire ne font que s'accoler

à eux, les refoulent, les repoussent mais sans y contracter d'adhérences : tels sont surtout les lipomes ; un certain nombre d'enchondromes du moins au début, et de tumeurs fibro-plastiques nées aux dépens du périoste se comportent de la même manière. Cependant nous pouvons voir par l'observation de M. Reclus, par celle de Laudetta, de Denonvilliers, de Colson, etc., etc., qu'il peut y avoir un assez grand nombre d'exceptions à la règle; mais de toutes celles qui ont les rapports les plus intimes, ce sont le lymphoadénomes ou lymphosarcomes et surtout les sarcomes de la gaine des vaisseaux fémoraux ; mais ces adhérences sont plus ou moins accusées suivant l'ancienneté du mal, les modifications qu'il a subi, les poussées inflammatoires ou autres dont il a été le siège, toutes conditions dont il faudra tenir compte pour assurer son diagnostic.

On peut déjà par la considération de la nature du mal, prévoir plus ou moins les rapports qu'il affecte avec les vaisseaux fémoraux ; il en est de même du siége de la tumeur par rapport au paquet; quand celui-ci sera écarté, refoulé par la tumeur, on aura beaucoup moins de chance de les trouver adhérant ensemble. Au contraire dans le cas où la tumeur sera sur les vaisseaux fémoraux qui paraîtront passer au-dessous ou dans l'épaisseur de la tumeur, les adhérences sont à peu près certaines. Néanmoins nous verrons dans ces cas quelles précautions on peut prendre pour éviter de les couper, précautions sur lesquelles a insisté le professeur Richet dans son opération et dans la leçon clinique qui a suivi.

Le degré de mobilité plus ou moins grand de la tumeur, le point probable d'implantation doivent être pris aussi en considération ; cependant dans quelques cas, et le fait de M. Reclus est assez important à ce point de vue, on ne peut pas toujours reconnaître le point d'implantation

précis : la tumeur dans ce cas était tellement mobile que toutes les personnes qui l'on vue ont cru qu'elle était superficielle, ou tout au moins n'allait pas profondément au-dessous de l'aponévrose. On était cependant loin de la vérité, puisque par son pédicule elle allait s'insérer sur le fémur au-devant du petit trochanter.

Quoi qu'il en soit, si le paquet tout entier n'est pas pris dans la tumeur, n'y est pas adhérent, la veine très souvent lui est adhérente, et il est fort difficile de l'éviter, témoin le cas de Roux (Soc. de chir. 1853) et celui de Langenbeck (Arch. für chir. T. I. p. 27) qui furent tous deux obligés de lier la veine fémorale qu'ils avaient sectionnée.

Ainsi donc, la nature de la tumeur, son siège, son point d'implantation, sa position et les rapports qu'elle affecte avec l'artère fémorale sont des éléments de diagnostic importants : nous devons dire qu'en clinique tous les éléments se confondent ; la nature de la tumeur étant diagnostiquée, non pas seulement par ses caractères objectifs et subjectifs propres et son mode d'évolution, mais encore par sa marche vers tel on tel point, par ses rapports, son siège, etc., il nous a paru utile pour plus de précision, d'entrer dans des détails, de scinder et d'envisager à part chaque côté de la question tout en faisant ressortir ce fait, que c'est par la synthèse que l'on peut arriver à formuler un diagnostic.

A ces renseignements très bons à connaître, il faut en joindre un autre plus important peut-être à notre avis et sur lequel le professeur Richet a beaucoup insisté dans sa leçon et auprès du lit du malade, c'est celui qui est fourni par l'exploration de la circulation du membre inférieur. Et tout d'abord l'artère : ses battements doivent en être recherchés avec beaucoup de soin au-dessous de la tumeur : il ne faut pas se borner dans ce cas à chercher à percevoir

ces battements dans la cuisse ou au creux poplité : l'état d'embonpoint du sujet, le volume des muscles peuvent quelquefois empêcher l'exploration d'être précise ; il faut aller chercher dans les artères superficielles, la tibiale postérieure derrière la malléole interne et la pédieuse.

Quand on perçoit les battements, il est bon de faire contrôler les sensations par une autre personne qui prendra le pouls radial, ou celui de telle autre artère facilement accessible : on indiquera alors le rhythme des battements et on pourra ainsi s'assurer si les pulsations perçues sont absolument synchrones à celles des autres artères explorées par l'aide.

Il sera même bon d'ajouter l'emploi du sphygmographe qui donnera le tracé des battements et lèvera toute espèce de doutes, s'il en existe encore. Si nous insistons ainsi, c'est que nous avons vu le professeur Richet étudier le malade avec le soin méticuleux que nous indiquons ici, et il n'est pas indifférent de voir un chirurgien aussi expérimenté s'entourer de toutes ces précautions.

Disons cependant que même avec la plupart de ces précautions, on peut encore avoir des surprises au moment de l'opération. C'est ainsi que dans le cas de M. Reclus, cette exploration de l'artère avait été faite avec beaucoup de soin, et néanmoins, au moment de l'opération, l'artère fémorale était si intimement accolée à la tumeur qu'elle fut intéressée par le bistouri, ce que démontra surabondamment un jet de sang très volumineux qui s'échappa à l'instant même. Il est vrai que dans ce cas l'exploration à l'aide du sphygmographe, n'avait pas été faite. Cette exploration est néanmoins utile ; car si elle ne démontre pas absolument l'intégrité de l'artère fémorale au niveau de la tumeur, elle prouve au moins que la circulation est intacte dans le membre inférieur, et qu'une circulation collatérale

a pu s'établir auquel cas la ligature de la fémorale sera un point secondaire dans l'opération, si l'on envisage les conséquences éloignées, non pas au point de vue des conséquences immédiates, parcequ'il sera quelquefois difficile d'arrêter le sang, sortant souvent par plusieurs orifices à la fois.

Quant à l'intégrité de la circulation veineuse, elle pourra être facilement appréciée par l'absence d'œdème; mais ce ne sera pas une raison suffisante toujours pour admettre que la veine fémorale n'est pas comprimée puisqu'on cite un certain nombre de cas (Nicaise, Th. d'agrégat. 1872. Des plaies et ligatures des veines) où la ligature de la veine fémorale n'entraîna pas d'œdème du membre inférieure, cas de Langenbeck, de Deguise, cas de Desprès, cas d'Ollier, etc., expériences de Ranvier. Si l'absence d'œdème des membres n'a pas beaucoup d'importance, son existence en a une bien grande : nous voyons pour le cas de Laudetta qu'il a une signification pronostique grave; en effet, le développement et l'apparition de cet œdème annoncent non pas seulement la compression de la veine, mais l'envahissement de l'intérieur du vaisseau par le néoplasme. En effet à l'autopsie on trouva dans la veine fémorale une production dure et élastique qui en remplissait tout le calibre et qui, commençant un centimètre au-dessus de l'embouchure de la saphène interne se prolongeait dans la veine iliaque, cette production était de même nature que la tumeur principale elle-même. Ainsi, pour nous résumer, si l'absence d'œdème n'est pas un signe absolu, un signe positif, indiquant l'intégrité de la veine fémorale, la présence de l'œdème au contraire a pour nous une grande valeur; il indique l'envahissement de la veine par le néoplasme avec lequel elle se trouve en contact, et est une contre-indication absolue à l'extirpation de la tumeur.

L'opération décidée, quelque soit le soin que l'on ait apporté dans l'examen du malade; dans celui de la tumeur de ses rapports avec les organes voisins, avec le paquet vasculaire, on va se trouver encore aux prises avec des difficultés considérables, ainsi que témoignent un grand nombre d'observations (cas de Dolbeau, Reclus, Langenbeck, Roux, le nôtre, etc., on pourrait les citer tous), quelle que soit l'habileté de l'opérateur, il est fort difficile de traverser sans encombre toutes les phases de l'opération sans que l'un ou l'autre de ces vaisseaux soit intéressé : c'est souvent la veine fémorale seule (Roux, Dolbeau, Malgaigne, etc.,) d'autres fois l'artère et la veine (Langenbeck, Reclus, etc.)

La ligature s'impose dans ces conditions; mais au prix de combien de difficultés l'hémorrhagie s'arrête-t-elle? Nous voyons Gensoul, Langenbeck après avoir appliqué des ligatures latérales, être obligés de mettre une ligature au-dessus et en dessous de l'orifice, et même après cela l'hémorrhagie, ne pas s'arrêter. Dans le cas de Malgaigne, le blessé eut des hémorrhagies successives qui emportèrent le malade. Péan (Traité de la forcipressure) dans un cas de blessure au pli de l'aine fut obligé de placer quatre pinces hémostatiques. Buchanan (Clinical surgical. Report of the year 1872. The Glasgow med. journal, 1873) ne peut parvenir à arrêter l'hémorrhagie dans un cas d'anévrysme traumatique et est décidé à l'amputation de la cuisse au tiers supérieur, si le malade parvient à se sauver; mais il meurt.

Aron (Gaz. des hôpitaux 27 mars, 1873) perd d'hémorrhagie un malade qui avait eu la veine fémorale ouverte par les progrès d'une ulcération phagédénique. Dans quelque point qu'il saisisse la veine avec les pinces, celle-ci se rompt, il est à chaque instant inondé par le sang. C'est

encore ce qui se produit dans le cas de Langenbeck où les tissus étaient tellement faibles que les ligatures ne pouvaient pas tenir ; c'est ce qui l'obligea en dernière ressource à lier l'artère fémorale comme l'avait fait Gensoul dans un cas semblable. (Voyez obser. V.)

A propos du cas de M. Aron, qu'il nous soit permis de citer les réflexions très judicieuses dont le rédacteur de la *Gazette* fait suivre cette observation. « Notre distingué confrère, en publiant cette observation, a rendu à l'art un véritable service. Les vérités cliniques ne peuvent se dégager que dans la comparaison des cas heureux avec les cas malheureux qui constituent dans notre science des preuves et des contrepreuves » Ces réflexions expriment assurément un peu l'opinion de tous : la ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorale est une opération trop grave pour qu'on ne soit pas heureux de faire connaître les succès.

Dans ces conditions, où les difficultés opératoires sont énormes, ou souvent le succès ne vient pas couronner les efforts tentés, on conçoit que le chirurgien hésite avant de tenter une opération pouvant compromettre à bref délai la vie d'un malade qui aurait pu encore se prolonger quelque temps. Mais l'opération commencée, faut-il aller jusqu'au bout, et s'exposer pour enlever tout le néoplasme, à la blessure des vaisseaux fémoraux ou au contraire, laisser la portion adhérente aux vaisseaux faire en un mot une opération incomplète, quitte à agir plus tard sur elle, si l'occasion se présente favorable, par les caustiques coagulants comme le chlorure de zinc ?

La question est fort difficile à résoudre, et pour notre compte nous hésitons beaucoup à nous prononcer, malgré la séduction et l'attraction que puisse exercer l'idée d'enlever complètement une tumeur, destinée à repulluler si

on en laisse quelques fragments, malgré le succès de Langenbeck qui est en somme un des rares cas que nous connaissions jusqu'ici. Le professeur Richet n'a pas craint de dire qu'il se rangerait à la seconde opinion, qu'il laisserait une portion du néoplasme plutôt que de s'exposer à couper et à lier les deux vaisseaux. Et en fait ne serait-on pas en droit d'agir quelquefois ainsi, surtout pour des tumeurs ayant peu de tendance à repulluler, comme c'est le propre de certains enchondromes à marche lente ou de quelques tumeurs fibro-plastiques, qu'on pourrait espérer voir se reproduire lentement, et même s'éliminer spontanément comme ce fut le cas pour un enchondrome de la paroi thoracique incomplètement extirpé par M. Surmay de Ham. (Communication à l'Académie de médecine, 24 janvier 1882.)

Quoi qu'il en soit, en présence des résultats peu favorables, obtenus jusqu'ici, une pareille opinion a grandement sa raison d'être, non pas peut-être qu'on doive craindre toujours la gangrène du membre à la suite d'une pareille opération, ligature des deux vaisseaux, mais parce que les malades paraissent être placés à la suite de cette opération dans des conditions telles que la vie est difficile. La plupart des cas des tumeurs de l'aine qui ont nécessité la ligature de l'artère et de la veine fémorale ou de l'un de ces vaisseaux se sont terminés par la mort, sans compter les cas qui paraissent à la vérité moins sérieux où la mort à été la conséquence de la ligature de deux vaisseaux pour une plaie de la veine. Ainsi M. Verneuil (Soc. de chir. octobre, 1855) cite un chirurgien anglais qui a pratiqué trois fois cette double opération et a eu trois morts.

Une autre considération que nous plaçons ici et qui doit rendre très circonspect soit pour entreprendre l'operation,

soit en la pratiquant, est celle qui est tirée de l'état plus ou moins normal des vaisseaux du membre et du système artériel en général, et aussi de l'âge du malade.

C'est ainsi que pour Velpeau (Artère fémorale. Dictionnaire en 30 volumes) l'âge des malades est une contre-indication absolue de ligature dans le cas d'anévrysmes : l'hémorrhagie et la gangrène sont à craindre surtout dans ce cas. Roux, Blandin, Velpeau, Malgaigne, Lenoir et Verneuil ainsi que Demarquay (Soc. de chir. 1874) qui averti par deux exemples malheureux observés chez des vieillards, s'abstint de toute intervention, même de la compression, chez un troisième malade, tous ces auteurs, dis-je, partagent cette opinion. Les résultats malheureux obtenus à la suite de l'ablation de tumeurs qui paraît être peut-être plus grave que l'opération faite pour des anévrysmes; autorise une pareille conclusion. Ainsi donc, à partir de l'âge de 60 ans, on devra s'abstenir d'opérer ces tumeurs, ou si on les opère, c'est qu'on aura la certitude que la tumeur n'est pas en rapport immédiat avec les vaisseaux ou adhérente à eux, ou bien qu'on aura de partis pris l'intention de laisser une partie du néoplasme dans la plaie.

Les raisons qui commandent une pareille conduite sont faciles à saisir : c'est à cause de la faible vitalité des tissus chez les personnes avancées en âge, de la lenteur avec laquelle les vaisseaux destinés à établir la circulation collatérale se laissent dilater et s'accommodent à leurs nouveiles fonctions. C'est pourquoi Velpeau ajoutait que la ligature donnait des mauvais résultats chez les individus dont la constitution laissait à désirer.

Les mêmes considérations s'appliquent aux cas où l'on noterait l'existence de lésions artérielles semblables aux lésions séniles (dégénérescence granulo-graisseuses, calci-

fication des artères) chez des sujets relativement jeunes.

Les détails qui précèdent montrent quelles sont les difficultés que l'on éprouve souvent à établir un diagnostic certain, quelles que soient les précautions dont on s'est entouré : et par ce mot nous entendons parler du point de vue spécial qui nous occupe, c'est-à-dire, de la connaissance des rapports qu'affecte la tumeur avec les paquets vasculaires de la région. Dans beaucoup des cas on s'attendait à pouvoir disséquer, ou mieux à détacher facilement la tumeur, et il arrive qu'au moment où on s'y attend le moins un coup de bistouri ouvre l'artère ou la veine fémorale : l'une est aussi grave que l'autre, si on envisage les conséquences immédiates : car il peut arriver que l'occlusion ou la ligature de la veine soit suffisamment imparfaite pour nécessiter la ligature de l'artère ; aussi ne saurait-on insister suffisamment sur la façon dont on doit procéder à l'extirpation de la tumeur.

Cette opération, il ne faut pas se le dissimuler, sera toujours laborieuse, entourée des plus grandes difficultés, sinon dans les premiers temps, du moins quand on approche des vaisseaux ; alors les précautions doivent redoubler ; car le moindre écart du bistouri peut être très préjudiciable au malade.

Avant tout, dans cette opération, il faut autant que possible, opérer à ciel ouvert, ou mieux si on a déjà une large ouverture, mettre les tissus bien à nu pour pouvoir saisir d'un coup d'œil tout ce qui se passe, prendre en un instant le vaisseau qui donne, de peur d'empêcher une trop grande effusion de sang, venant soit de l'artère principale, soit des nombreuses artères ou veines qui se trouvent quelquefois sur son chemin. Ici peut se poser une question préjudicielle : en prévision de l'ouverture de l'artère fémorale, est-il bon de commencer la dissection

sur le trajet de l'artère, de dénuder celle-ci sur une petite étendue, de passer un fil au-dessous qu'on nouerait très lâchement, et dont on pourrait serrer le nœud, si la fémorale venait à être ouverte ? Cette question a été un moment agitée par M. Richet, voilà pourquoi nous en parlons ; elle a du reste été bien vite rejetée. Pour nous, nous croyons que c'est là une mauvaise pratique. Le fil d'attente destiné à être lié au moment où une artère donnerait, pourrait exposer à faire inutilement une ligature de la fémorale ou de l'iliaque interne dans un cas où ce serait inutile, et on aurait ajouté à l'opération première une opération beaucoup plus grave et même compromettante. Rappellons à ce sujet le cas de Colson de Noyon qui, saisi tout à coup par un jet de sang assez volumineux, croit avoir affaire à l'artère fémorale et se met en devoir de la lier ; il la dénude, après avoir ouvert sa gaine, prend une aiguille de Deschamps, et au moment de la charger, heureusement l'artère glisse, le fil noué au-dessus d'elle étreint une petite épaisseur de parties molles. Le chirurgien fait deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du prétendu orifice de l'artère et il serre ; ce n'est qu'après avoir serré qu'il s'aperçoit qu'il n'a pas lié la fémorale, quoique l'hémorrhagie soit arrêtée. C'était simplement une collatérale, assez volumineuse qui avait été heureusement prise dans la ligature inférieure, le malade du reste guérit.

Ainsi donc, la gravité de l'hémorrhagie n'est pas une indication suffisante pour autoriser la présence d'un fil d'attente qui peut être serré par inadvertance ; l'application du doigt suffit à arrêter le sang et permet au chirurgien de faire directement la ligature dans la plaie, si c'est nécessaire.

Ainsi on peut, nous croyons, proscrire le fil d'attente,

et surtout la ligature préventive comme inutile ou dangereuse. La ligature ne doit se faire qu'en cas d'absolue nécessité et seulement quand le moment sera venu de la faire.

Nous ne dirons rien de la forme ni de la direction qu'on doit donner à l'incision, pas plus que de l'instrument qui doit être employé.

L'incision variera, suivant la convenance du chirurgien, ou mieux, suivant la forme de la tumeur, ses prolongements, son point d'implantation, la hauteur et la saillie qu'elle fera au-dessus des régions voisines : tantôt circulaire ou elliptique, comme chez notre malade, tantôt au contraire en L ou en T ou même en croix. Il ne peut y avoir de règle à ce sujet; un point cependant nous paraît assez important, c'est de faire autant que possible l'incision, sinon suivant la direction de l'artère fémorale, tout au moins de la faire de manière qu'elle se prolonge ou qu'elle soit placée assez haut, du côté de l'arcade fémorale pour que l'artère soit à nu vers la partie supérieure, afin que si le hasard de l'opération forçait le chirurgien à lier l'artère fémorale, celle-ci fût facilement accessible dans un point élevé, sans qu'on soit obligé de faire de nouvelles incisions pour aller à la recherche des vaisseaux, recherche qui pourrait faire perdre un temps précieux. La ligature dans un point assez élevé, et voisin de l'arcade crurale peut être indiquée par l'origine même de l'hémorrhagie, souvent, en effet, quand la plaie est profonde, que l'orifice d'où part le jet du sang peut n'être pas facilement aperçu, que d'autre part les rapports des vaisseaux sont changés, on peut ne pas trop savoir d'où vient le sang et on est exposé à lier un vaisseau qui n'est pour rien dans l'hémorrhagie ; quelquefois, en effet, l'artère fémorale profonde ou une de ses branches importantes, la grande artère musculaire, par exemple, peut être

lésée; on croit avoir affaire à une hémorrhagie de la fémorale superficielle, on la lie; l'hémorrhagie n'en continue pas moins. On est alors obligé, si on ne peut pas parvenir à trouver la source même de l'hémorrhagie, à lier la fémorale commune au-dessus de sa bifurcation; or, nous considérons les deux ligatures comme une mauvaise chose, attendu qu'on comprend ainsi entre deux ligatures un tronçon plus ou moins étendu de vaisseau duquel peut partir une collatérale assez importante, qui outre qu'elle pourra donner lieu à des hémorrhagies secondaires assez inquiétantes, sera complètement perdue pour la circulation collatérale, si celle-ci a de la tendance à se rétablir; on s'expose de cette manière, à une gangrène plus ou moins étendue du membre que, si elle n'entraîne pas la mort, peut être la cause d'une mutilation qui est loin d'être sans gravité.

Ces considérations sont applicables au cas où l'hémorrhagie est d'origine veineuse, et où la profondeur de la plaie empêche d'en bien voir la source. C'est ainsi que Rose, de Zurich (Correspond. Blatt für schweizer Arzte, pag. 173, 1877), lia l'artère fémorale pour une plaie de la veine fémorale profonde et de ses collatérales; il fut obligé d'enlever cette ligature pour la porter sur les veines qui donnaient le sang, et cela après avoir été obligé d'agrandir notablement son incision; il est vrai que le malade guérit, mais après avoir perdu beaucoup de sang et être passé par des accidents bien graves.

Ainsi donc, on prolongera aussi haut que possible l'incision par en haut, pour avoir autant de jour que possible, et pour pouvoir aussi ne pas perdre du temps à découvrir l'artère fémorale commune, si la ligature en était reconnue indispensable.

L'instrument avec lequel on doit opérer n'a pas non plus

une grande importance pour l'incision de la peau. Il n'en est pas de même pour opérer sur les parties profondes.

Pour l'incision des téguments et l'isolement de la tumeur dans le tissu cellulaire sous-cutané, M. Richet s'est servi du thermo-cautère, pour éviter l'effusion de sang provenant d'artères superficielles qu'on aurait pu rencontrer non des veines assez nombreuses et volumineuses qui rampaient à la surface de la tumeur, dans laquelle elles s'étaient creusé des canaux en forme de sinus. M. Richet a, en effet, remarqué que dans ce cas le thermo-cautère était impuissant; il n'a pas d'action sur les grosses veines, sur ces espèces de sinus qu'on rencontre souvent dans les tumeurs.

L'incision au thermo-cautère n'avait pas non plus d'inconvénient puisque la réunion par première intention ne devait pas être tentée.

Une fois la tumeur mise à nu sur tout le pourtour de l'incision, une fois ses attaches au tissu cellulaire sous-cutané rompues, le thermo-cautère a été abandonné et c'est avec le bistouri seul, aidé des ciseaux et des doigts qui énucléaient, arrachaient, détruisaient des tractus plus ou moins épais, que la tumeur a été séparée.

Effectivement, le thermo-cautère qui paraît devoir rendre les plus grands services quand on opère sur une région difficile est insuffisant et même peut être dangereux, car il ne permet pas de voir, avec toute la netteté que donne le bistouri, les parties que l'on sectionne. Les ciseaux n'offrent pas toutes les garanties que donne le bistouri, qui voit en quelque sorte à chaque instant les parties qu'il va sectionner; les ciseaux au contraire agissent plus à l'aveugle; ils masquent souvent les parties qu'ils vont couper, et il est très fréquent de voir ce qu'on appelle des coups de ciseaux malheureux.

L'arrachement au moyen des doigts peut être aussi une manœuvre dangereuse si on ne l'exécute pas avec mesure, avec prudence, car on risque de tirailler, de déchirer des vaisseaux, nous ne dirons pas dans leur continuité, mais au niveau de leur point d'implantation sur l'artère principale, où il ne restera qu'un tronçon trop petit, soit pour en pratiquer la ligature, soit pour prévenir l'hémorrhagie secondaire ; celle-ci, en effet, sera d'autant plus facile que le caillot formé derrière elle sera lui-même plus court et par suite moins solide. L'arrachement d'un vaisseau dans ces conditions expose à la ligature de l'artère principale que l'on voulait éviter.

Il va sans dire que, dans cette énucléation, si on trouve une bride, une adhérence qui paraisse suspecte, qui puisse contenir un vaisseau important, avant de la couper, il sera bon de placer deux fils à ligature entre lesquels on fera ensuite la section.

Toutes ces précautions ne sont pas inutiles, tant s'en faut : car on a quelquefois affaire à des tumeurs dont les connexions vasculaires avec les organes voisins sont considérables, où l'on peut par conséquent avoir une série de petites hémorrhagies qui envisagées une à une sont très faibles, et négligeables, mais qui répétées peuvent donner une quantité considérable de sang ; on peut encore avoir affaire à un malade anémié par des pertes de sang antérieures à l'opération, comme c'est le cas de celui dont nous donnons l'observation.

Du reste si nous insistons ainsi sur la manière dont l'extirpation de ces tumeurs doit être faite, c'est qu'on ne doit pas perdre de vue pendant tout le temps de l'opération que l'objectif constant est le paquet vasculaire ; c'est lui qu'on doit éviter, c'est lui dont la blessure doit être évitée à tout prix. Ainsi le meilleur moyen d'y arriver est de

procéder ainsi que l'a recommandé et fait le professeur Richet, c'est de s'approcher graduellement de lui, c'est en quelque sorte là l'ennemi, c'est lui en définitive que l'on veut atteindre, mais pour le respecter. Il faut, qu'on nous permette cette comparaison, tracer autour de lui une série de parallèles, s'en rapprocher graduellement à pas lents, mais sûrs, comme font les militaires qui veulent s'emparer d'une place forte.

Il sera bon, par conséquent, toutes les fois qu'on pourra le faire, que ce sera indiqué, de faire en quelque sorte à la tumeur qu'on enlève, un pédicule artificiel qui l'attachera aux vaisseaux fémoraux : c'est ce qu'a fait M. Richet pour notre malade. Après avoir détaché lentement, avec prudence et circonspection la tumeur en dehors, il l'a attaquée en dedans, ne la laissant adhérente à la cuisse que par une bande verticale de 6 à 7 centimètres de largeur, parallèle aux vaisseaux fémoraux et reposant sur eux. Cela fait, comme la tumeur était molle, d'aspect encéphaloïde, qu'elle se rompait facilement sous les doigts à la moindre traction, que d'autre part elle ne saignait pas dans les points où elle était déchirée, il en enlève la plus grande partie. Il ne restait donc, dans le fond de cette vaste plaie, qu'une faible portion du néoplasme recouvrant et cachant les vaisseaux. La veine saphène interne se trouvant avoir été coupée par le bistouri, quoiqu'elle ne donnait pas de sang, quoique les parois fussent très épaisses, quoiqu'elle ne parût pas devoir donner lieu à une hémorrhagie secondaire, M. Richet a lié les deux bouts, le bout central et le bout périphérique ; le bout central a été lié parce qu'il arrive quelquefois que la valvule qui se trouve située au voisinage de son embouchure dans la veine crurale est insuffisante, et alors le sang peut refluer de cette dernière dans la saphène, c'est là une précaution

qu'on ne doit pas dédaigner, et nous y insistons à dessein.

Le néoplasme étant ainsi dégagé et réduit à un petit volume, M. Richet l'a encore diminué en arrachant avec précaution les parties superficielles, allant ainsi de la superficie vers la profondeur, se rapprochant chaque fois de l'artère et de la veine. Au voisinage de ces vaisseaux la tumeur ayant une consistance un peu plus ferme, il a pu la saisir avec la pince à griffes ou à dents de rat et il a littéralement disséqué le paquet vasculaire avec le bistouri. Mais il avait la précaution, comme il le faisait remarquer pendant l'opération elle-même, de diriger le tranchant de l'instrument en l'air, de ne pas le diriger du côté des vaisseaux fémoraux : il disséquait en dédolant ; l'artère et la veine fémorales ont été ainsi dénudés sur une étendue de 5 centimètres environ ; on voyait l'artère battre au fond de la plaie, elle avait presque le volume du petit doigt ; ce point délicat et important, terminé sans la moindre goutte de sang, l'opération a été complétée par la recherche et l'extirpation des autres masses ganglionnaires ; c'est ainsi qu'on a enlevé le ganglion qui bouchait l'entrée du canal crural, qui est au niveau du septum crural (il était notablement augmenté de volume); d'autres qui étaient allés se loger par en bas dans la gaine des vaisseaux fémoraux ont été facilement enuclées et extirpés avec les doigts.

Quand l'opération fut terminée, la plaie opératoire ressemblait, comme tout le monde a pu s'en convaincre, à une préparation bien faite du triangle de Scarpa. En haut l'arcade crurale à nu, en dehors le muscle couturier dont la gaine avait été légèrement entamée, en dedans le premier adducteur, dans le fond le psoas et le pectiné, et placés le long de la gouttière que forment ces deux muscles en se touchant par leurs bords contigüs, le paquet vasculaire

en dedans de lui, on voyait la fosse ovale, tout le canal crural, moins la paroi antérieure qui avait été enlevée.

La précaution prise par le professeur Richet de se débarrasser de la plus grande partie de la tumeur, dès qu'il l'a pu, dès qu'elle a été ainsi pédiculisée sur le paquet vasculaire, nous paraît être excellente, et tout le monde sera du même avis que ceux qui ont vu l'opération ; car le dernier temps est le plus important ; celui qui consistait à détacher les connexions de la tumeur et du paquet vasculaire a été de la sorte singulièrement simplifié. Supposez à ce moment une hémorrhagie : la plaie étant absolument plate, à découvert, ne présentant aucune espèce d'anfractuosité, on aurait pu en voir facilement la source et elle aurait pu être non seulement facilement reconnue, mais aussi facilement tarie, car rien n'eût gêné l'opérateur, il se serait trouvé dans le cas d'une plaie d'amputation.

Le *modus faciendi* nous paraît tellement important que nous n'avons pas hésité à le décrire en détail, et à le conseiller en pareille circonstance ; bien plus, nous croyons qu'on devrait agir de la même façon dans tous les cas, surtout dans ceux où on soupçonnerait des adhérences ; c'est par là qu'il faut finir l'opération ; c'est là qu'il faut consacrer toute son attention.

Les auteurs n'ont pas suffisamment insisté à notre avis sur ce chapitre de médecine opératoire ; nous irons même plus loin, dans le cas où la tumeur serait trop vasculaire et présenterait cependant une certaine consistance et où la vascularisation ferait craindre une hémorrhagie si on venait à en retrancher la plus grande partie après qu'elle a été pédiculisée ; dans ce cas on pourrait essayer de l'étreindre avec un fort fil de fer, et puis on retrancherait toute la partie qui dépasse, absolument comme on fait pour le pédicule des kystes de l'ovaire ou par l'utérus dans

l'hystérotomie. On ne conserverait ainsi qu'un moignon qui serait trop petit pour masquer ce qui se passe dessous et qu'on pourrait manœuvrer et tenir avec la plus grande facilité, mais ces cas doivent être rares et la déchirure de la tumeur, comme l'a fait remarquer notre illustre maître, nous paraît le moyen le plus usuel et le plus pratique en pareil cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Tumeur volumineuse occupant la région inguinale. — Extirpation. — Guérison, par le Dr Al. Colson (de Noyon).

Dans les premiers jours du mois de mars 1840, je fus consulté par Pelletier, homme de 48 ans, d'une bonne constitution, grand et fort, domestique à Noyon, chez M. Pluche, à l'auberge Saint-Martin. Il me montra une tumeur qu'il portait dans l'aine droite. Cette tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme ; elle faisait une saillie assez irrégulièrement arrondie sous la peau, et elle était très dure; elle s'étendait depuis le tiers interne de la région inguinale jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, en paraissant comprendre le ligament de Fallope dans son épaisseur.

En dehors, la tumeur était immobile, et j'attribuai cette immobilité aux adhérences qu'elle avait dû contracter avec l'épine iliaque ; sa portion interne était mobile, mais dans les points qui correspondaient au ligament de Fallope et au bord externe du triangle inguinal, elle était très large; de sorte que cette tumeur représentait une sorte de cône tronqué et arrondi tourné vers la peau, et à base profonde, occupant plus des deux tiers de la région inguinale.

La dureté de cette tumeur me fit penser qu'elle devait être en grande partie formée par du tissu fibreux ; sa resistance et le bruit qu'elle faisait entendre sous le choc des doigts étaient tels, dans certains endroits, que je pensai qu'il existait aussi dans cette tumeur des portions ossifiées sous forme de plaques. Ce qui me confirme dans ce diagnostic, ce fut le long laps de temps que la tumeur avait employé pour s'accroître et arriver au volume qu'elle avait aujourd'hui; car le malade disait qu'il y avait environ quinze ans qu'elle avait commencé à se développer.

La santé du sujet était bonne, aucun engorgement n'existait dans le ventre, et les difficultés que pouvait présenter l'extirpation de la tumeur ne me paraissant pas devoir constituer un obstacle, je pro-

posai l'opération à Pelletier, et il s'y décida. Dans la soirée du dimanche 15 mars, il entra à l'Hôtel-Dieu de Noyon.

Le mardi 17, je voulus confirmer mon diagnostic avant d'en venir à l'opération; c'est pourquoi j'enfonçai une aiguille dans la tumeur. Cette aiguille s'arrêta bientôt sur un corps dur, résistant au choc, et sonore comme devait l'être une plaque osseuse à moins d'un pouce de profondeur.

Je procédai immédiatement à l'extirpation de la tumeur, en présence de M. Ancelle et de M. Boulogne, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu.

Je fis une incision sur le milieu de la tumeur et dans la direction du ligament de Fallope, que je reconnus bientôt être compris dans son épaisseur; puis j'attaquai la tumeur par son côté externe, je coupai les attaches à l'épine iliaque antérieure, en comprenant dans cette section le ligament de Fallope, le muscle fascia lata, son aponévrose et le couturier; ces deux muscles étaient convertis en majeure partie en tissu encéphaloïde commençant à se ramollir. J'empoignai alors la masse morbide de la main gauche, je la détachai largement avec le bistouri en dehors, en haut et en dessous, et je parvins à le renverser en dedans. Quand je fus arrivé au-dessus de l'artère crurale, je quittai le bistouri pour me servir de ciseaux, et je m'assurai auparavant, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, que les parties que je devais couper ne comprenaient pas l'artère crurale. Malgré cette précaution, un jet artériel, qui sauta en l'air, en sifflant, à plus de 3 pieds de hauteur, après un de mes premiers coups de ciseaux, me fit croire que j'avais intéressé l'artère crurale. Je fis comprimer par un aide, avec les doigts placés à l'endroit d'où jaillissait le sang, l'artère qui le fournissait, et j'achevais alors en toute sécurité la dissection et l'extirpation de la tumeur.

Quand celle-ci fut enlevée, je m'apprêtai à lier l'artère crurale; je fis donc lâcher la compression, et je vis dans le fond de la plaie l'artère crurale battre à nu dans l'étendue d'environ 1 pouce 1/2 à 2 pouces; je m'aperçus que j'avais intéressé sa gaine dans l'étendue de 3 à 4 lignes à l'endroit d'où provenait l'hémorrhagie. Je remarquai aussi que le jet de sang avait une forme arrondie, qui ne me paraissait pas coïncider avec la disposition de l'ouverture que je supposais avoir faite avec mes ciseaux à l'artère crurale.

D'ailleurs, ce jet se dirigeait en haut en dehors; je pensai donc que ce devait être l'artère tégumentaire abdominale, ou bien la musculaire superficielle que j'avais coupée, et dont le calibre s'était con-

sidérablement accru, parce que sans doute elle était devenue l'artère nourricière de la tumeur; mais je l'avais intéressée si près de l'artère crurale, qu'il me sembla, sinon impossible, du moins très difficile de la lier sans comprendre en même temps la crurale dans la ligature, ou plutôt je crois qu'alors je ne songeai véritablement qu'à lier l'artère crurale.

J'engageai donc l'extrémité de l'aiguille de Deschamps, garnie d'un fil ciré double, sous le côte interne de l'artère crurale, par l'ouverture que j'avais faite involontairement à sa gaine avec mes ciseaux en enlevant la tumeur, et le hasard voulut que l'artère crurale glissât sous l'aiguille pendant que je lui faisais faire sa révolution, comme pour passer un fil derrière cette artère; mais le fait est qu'elle était restée en arrière de l'aiguille, et que j'avais placé mon fil au devant de ce vaisseau. Je retirai l'aiguille, je séparai l'un de l'autre les fils doubles de la ligature, en portant le supérieur en haut et au dessus du jet artériel, et l'inférieur en bas et au-dessous de ce jet, de manière à éloigner chaque fil l'un de l'autre d'environ 3 ou 4 lignes. Je nouai le fil supérieur, et cette ligature n'empêcha pas l'hémorrhagie de continuer; je nouai alors l'inférieur, et l'hémorrhagie s'arrêta.

En nouant ces fils, je m'aperçus bien, du reste, qu'ils ne comprenaient pas l'artère crurale, et l'examen attentif des parties, après la suspension de l'hémorrhagie, ne put que me confirmer dans l'opinion que c'était l'artère musculaire superficielle que j'avais intéressée. Je pensai donc que si cette hémorrhagie m'en avait imposé pour une blessure de l'artère crurale, cette méprise provenait de ce que le calibre du vaisseau lésé était au moins triple de ce qu'il est ordinairement; ensuite, de ce que j'avais coupé cette artère dans un lieu très voisin de son origine, c'est-à-dire tout près de l'artère crurale elle-même.

Je remarquai pendant l'extirpation de cette tumeur, que le malade se plaignait souvent de vives douleurs dans la région externe et antérieure de la cuisse et de la jambe: j'attribuai ces douleurs aux tiraillements et à la section inévitable du tronc principal du nerf crural et de ses divisions.

La plaie large et profonde résultant de cette opération, qui mettait à découvert dans leur partie inférieure les muscles abdominaux, tout le triangle de Scarpa, ainsi qu'une partie de la région externe et supérieure de la cuisse, ne me parut pas susceptible d'être réunie par première intention; c'est pourquoi je renversai ses lambeaux en dehors, j'appliquai un linge fenêtré et enduit de cérat sur toute la

surface de la plaie, et je la remplis de boulettes de charpie molle et douce. Quelques plumasseaux, des compresses et lespica de l'aine pratiqué au moyen d'une bande à deux globes complétèrent l'appareil.

Les suites de l'opération furent satisfaisantes. Dans les premiers jours de mai, il sorti guéri quarante jours après l'opération, présentant une cicatrice en forme de T ; quinze jours après il reprenait son métier de charretier. Depuis sa santé a été parfaite et aujourd'hui, quatre ans après l'opération la guérison persiste et rien n'annonce qu'elle doive se démentir.

Examen de la tumeur. L'examen de la tumeur enlevée nous montre que je m'étais trompé dans mon diagnostic en la regardant comme une simple tumeur ostéo-fibreuse ; elle était composée de tissu spongieux, et encéphaloïde mêlé à du tissu fibro-cartilagineux, dans lequel il était facile de reconnaître plusieurs plaques osseuses, ces plaques osseuses occupaient principalement le centre de la tumeur; on les trouvait disposées dans des directions différentes et entremêlées de tissu cartilagineux. (Annales de la chirurgie française et étrangère. — Vol. XI pag. 229. 1844).

OBSERVATION II.

Enchondrome du bassin. — Mort. — Autopsie, par M. J.-B. de Landetta, interne des hôpitaux. — Examen microscopiqne par M. Chalvet.

Au n° 70 de la salle Sainte-Marthe, service de M. Richet, est couchée la nommée L..., blanchisseuse, âgée de 32 ans.

C'est une femme maigre, d'une constitution faible, qui dit n'avoir jamais eu de maladies graves. Du côté des parents, on ne trouve pas d'affections semblables. Elle entre à l'hôpital St-Louis le 1er mars 1861.

Depuis 3 mois, dit-elle, éprouve une grande fatigue au membre inférieur droit, même lorsqu'elle est au repos et assise ; la station de bout prolongée, la marche l'augmentent considérablement ; parfois aussi elle éprouve dans la cuisse une douleur sourde, jamais d'élancements ; jamais d'œdème avant son entrée.

L'examen de la partie malade fait constater d'abord une déformation du membre à sa racine. La région du pli de l'aine se trouve

comblée en dedans par une tumeur très volumineuse qui se prolonge dans la région interne de la cuisse en dedans; et dont les limites inférieures correspondent à l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa ; les limites supérieures, plus difficiles à circonscrire, se perdent dans la fosse iliaque interne d'un côté, et dans l'intérieur du vagin de l'autre. Lorsqu'on pratique le toucher vaginal, en effet, on voit que toute la paroi latérale droite de cet organe est repoussée à gauche de la ligne médiane.

La peau qui recouvre cette vaste tumeur présente sa couleur normale, elle n'est pas amincie, et ne présente pas de dilatations vasculaires. Lorsqu'on saisit la tumeur entre les deux mains, on ne perçoit pas de battements, et l'on reconnaît son adhérence profonde au pubis; sa consistance est variable ; ainsi dure et presque osseuse au niveau du pli de l'aine, elle est un peu moins résistante en dedans où elle est douée d'une élasticité assez remarquable; on peut constater ainsi que sa surface est inégale, qu'elle présente des bosselures à sa partie interne.

La portion qui fait saillie à l'intérieur du vagin est dure et présente une élasticité très grande.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont conservés.

Les fonctions du rectum et de la vessie s'exécutent parfaitement; il n'en est pas de même des fonctions utérines : la menstruation est suspendue depuis quelques mois.

MM. Richet et Denonvilliers, qui ont vu la malade, ont diagnostiqué une tumeur cartilagineuse des os du bassin.

M. Richet n'a jamais eu l'idée d'opérer cette malade; il a prescrit les toniques et l'iodure de potassium.

La malade garde le lit depuis son entrée ; la tumeur fait des progrès évidents au-dessus du ligament de Fallope, et vers le milieu du mois de mars le pied droit devient œdémateux.

L'œdème gagne peu à peu tout le membre inférieur ; les veines superficielles se dilatent, et depuis lors il n'est plus possible de suivre les progrès de la tumeur à la racine du membre.

Ceci se passe dans les premiers jours d'avril; alors les grandes lèvres s'œdématient, puis les parois abdominales, enfin le membre inférieur du côté opposé.

Pendant qu'on observait ces troubles locaux, l'état général de la malade s'aggravait. A son entrée elle mangeait un peu, le sommeil

n'était pas interrompu, l'iodure de potassium toléré, mais cet état ne dura que quelques jours.

Dans les derniers jours de mars, elle rejetait l'iodure aussitôt pris, on le suspendit, et l'on continua le vin de quinquina et le bordeaux. L'appétit finit par se perdre, ainsi que le sommeil; le membre était le siège de douleurs sourdes, continues ; la malade devenait de plus en plus maigre.

Enfin, dans les derniers jours, l'appétit fut complètement perdu, la langue devint sèche, les gencives et les dents couvertes de mucus desséché. Le pouls était très fréquent, très petit, très mou.

Les selles qui avaient été normales pendant tout le mois de mars et les premiers jours d'avril, devinrent diarrhéiques à la fin. La mort survint le 17 avril.

Autopsie. Le 19 avril. La peau, nullement altérée, est légèrement distendue par la tumeur sur laquelle elle glisse.

Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité. L'aponévrose fémorale. distendue et amincie, forme la gaine la plus externe de la tumeur. Au-dessous, on voit les muscles couturier, moyen adducteur, tous très larges aplatis, minces. infiltrés de graisse, soulevés par la tumeur et portés en avant et en dehors ; leurs fibres présentent une coloration d'un rose pâle.

Plus profondément, et sur la limite externe de la tumeur, sont les organes contenus dans l'entonnoir crural, artère, veine et ganglions lymphatiques rejetés en dehors. L'examen de chacun de ces organes montre que l'artère est parfaitement saine; que les ganglions lymphatiques sont durs, nacrés, et d'aspect cartilagineux.

Quant à la veine fémorale, voici ce qu'on remarque : A partir d'un centimètre au-dessous de l'embouchure de la saphène interne, son calibre est rempli par une production très dure et élastique; celle-ci ne se prolonge pas dans la saphène, mais en haut elle se continue dans la veine iliaque. Au-dessous de cette production d'aspect cartilagineux, elle est vide dans une étendue de plusieurs centimètres, et présente des caillots au niveau de la partie moyenne de la cuisse. Les parois sont épaissies en haut, et présentent des stries longitudinales très apparentes.

Le pectiné et le petit adducteur profond forment une seconde couche musculaire présentant les mêmes altérations que ceux de la précédente. On remarque de plus, dans leur épaisseur, des masses dures d'aspect, cartilagineux, et au niveau de l'insertion supérieure

du pectiné, on trouve une de ces petites masses renfermant de la matière calcaire. Enfin le muscle grand adducteur forme la paroi postéro-interne de la tumeur.

Si l'on détache tous ces muscles, on ne tarde pas à voir que cette vaste masse morbide est formée par trois tumeurs dont la base répond au pubis, et dont le sommet se perd dans l'épaisseur de la cuisse; confondues par places à leur base, elles semblent avoir écarté les muscles en bas pour se placer dans leurs interstices celluleux. (*Bulletin de la Société anatomique*, deuxième série, vol. VI, 1861).

OBSERVATION III.

Nous empruntons au Bulletin de la Société anatomique, p. 291, vol. IV, l'observation suivante :

M. Dolbeau présente à la Société anatomique une pièce qu'il a recueillie dans son service à l'hôpital de Saint-Louis. C'est l'artère et la veine fémorale d'un homme de 24 ans venant de la province, et qui portait dans la région inguinale droite une tumeur grosse comme la tête d'un adulte.

D'un esprit borné et en proie à une vive terreur, cet homme ne donne que des renseignements à peu près nuls sur l'évolution de sa tumeur. Cependant, au milieu d'une obscurité très grande, M. Dolbeau croit pouvoir affirmer que la tumeur date de 5 ans. Elle aurait débuté par une petite induration qui siégeait au-dessous du ligament de Fallope, à trois ou quatre travers de doigt de l'arcade crurale.

La tumeur avait son siège sur la moitié antérieure et supérieure de la cuisse; elle repoussait vers le côté opposé les organes génitaux; elle était douloureuse, fluctuante dans toute son étendue. M. Dolbeau diagnostiqua une tumeur encéphaloïde. Pas d'antécédents de famille M. Dolbeau pensait qu'il était de son devoir de l'enlever; en effet, la tumeur était mobile, nullement adhérente aux os, et aurait infailliblement et dans un temps très prochain causé la mort du malade. Il ne restait donc plus qu'un espoir de salut pour le malade : l'ablation de la tumeur.

L'opération fut laborieuse; elle dura trois quarts d'heure, et n'adhérait qu'au ligament de Fallope. La veine saphène fut liée. Un jet de sang volumineux gêna un instant l'opérateur. M. Dolbeau crut alors à la lésion de la veine fémorale. Il passa sous le vaisseau lésé une

ligature en masse, et le sang fut arrêté. La tumeur fut énucléée complètement avec les mains et il n'y eut que quelques brides celluleuses qui furent détruites par les ciseaux.

Le soir de l'opération, le malade fut pris de vomissements ; on les attribua aux inhalations chloroformiques.

Le malade, sous l'empire d'une terreur profonde, refusa tout soin, toute nourriture, et le sixième jour, pris d'un violent frisson, il succomba au milieu de ce frisson.

A l'autopsie, aucune lésion viscérale ne put être constatée. M. Dolbeau lui-même fit l'examen cadavérique, et ne put découvrir aucune cause capable d'expliquer la mort. La tumeur avait été enlevée en totalité, et le *fascia-lata* seul est légèrement entamé.

Au-dessous de l'arcade crurale les vaisseaux fémoraux furent attentivement disséqués. La ligature supérieure avait entièrement coupé les tuniques de l'artère. Dans le bout supérieur, on voyait un caillot qui remontait presque dans l'épigastrique. La ligature inférieure n'avait pas coupé l'artère ; elle l'avait seulement étreinte, et entre les deux ligatures il y avait du sang à peine coagulé. Ce sont bien là les caillots actifs et passifs de M. Broca. Le fil inférieur n'avait pas étreint la veine, et l'avait traversée seulement. Dans la veine pas de traces inflammatoires, seulement on voyait un caillot, ou plutôt, à ce que pense M. Dolbeau, un prolongement encéphaloïde. Il faut se rappeler que les vaisseaux traversent la tumeur.

Les veines, les artères étaient donc oblitérées et cependant il n'y eut, chose très remarquable, ni œdème, ni altération de la circulation, ni diminution de la chaleur du membre. On sentait parfaitement les battements des artères pédieuse et poplitée.

M. Dolbeau insiste encore sur la nécessité où il était d'opérer le malade, puisque c'était la dernière chance de salut qui lui restait.

OBSERVATION IV.

Tumeur volumineuse de l'aine opérée. — Blessure ; de la veine fémorale. — Ligature. — Œdème et érysipèle du membre. — Guérison par M. le professeur Roux.

Un malade qui a été opéré d'une tumeur volumineuse siégeant dans la région inguinale qu'elle occupait tout entière, descendant en outre en dedans et s'engageant dans le scrotum.

Cette tumeur, composée d'éléments de nature diverse n'offrait cependant pas de cellules cancéreuses, elle en était à sa cinquième récidive.

Elle avait été enlevée 4 fois par Chélius ; elle apparaît pour la première fois il y a 7 ou 8 ans. La dernière opération date de dix mois. La constitution du malade n'est nullement altérée.

Après avoir disséqué la tumeur superficiellement, quand il fallut la dégager des parties profondes, le chirurgien évita l'artère, qui dut être disséquée dans une assez grande étendue; mais on ne put éviter la veine crurale qui fut ouverte.

Je dus, dit le professeur Roux, porter une ligature au-dessus et au-dessous de la plaie. Cette plaie était située au-dessus de l'abouchement de la saphène. A l'instant même où fut appliquée la ligature, le membre est devenu violet et s'est refroidi, mais dès le lendemain la coloration du membre était moins marquée et la chaleur était normale.

Au troisième ou quatrième jour survint un œdème considérable envahissant la totalité du membre jusqu'à l'aine. Quelques jours après apparaissait un érysipèle qui suivit normalement ses périodes, et enfin un abcès se fit sur les côtés du pied. Après l'incision qu'on dut pratiquer, le foyer se réunit immédiatement. Actuellement le malade est dans un état satisfaisant.

L'opération avait duré près de deux heures; le malade est resté pendant tout ce temps là dans l'anesthésie. La plaie de l'opération est presque cicatrisée.

Ce fait, dit en terminant M. Roux, me paraît des plus importants. Peut-être suis-je le premier qui ait fixé l'attention des chirurgiens sur les dangers de la ligature de la veine crurale au-dessus de la saphène. Et, en effet *a priori* cette opération devait-elle être considérée comme des plus graves; cependant, dans ce fait peut-être unique, nous voyons que les accidents ont été presque nuls. (Bulletin de la Société de chirurgie. 1853, vol. IV, p. 93).

OBSERVATION V.

Dans une note lue à l'Académie de médecine, par Mr Gensoul, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous trouvons l'observation suivante :

Obs XV. — Le cinquième malade, dit-il, était un homme dans la

force de l'âge, dont la partie moyenne de la cuisse avait été frappée par une balle qui en passant de dehors en dedans, fractura le fémur. Ce malade était dans l'état le plus satisfaisant, lorsque le 20 décembre après un écart de régime, il fut pris pendant la nuit de vomissements copieux, puis d'une fièvre intense. L'agitation violente de la cuisse par le soubressaut du frisson, donna lieu à une hémorrhagie abondante de sang noir évidemment veineux, qui ne put être arrêtée que par la compression au pli de l'aine ; mais comme celle-ci était douloureuse pour le malade, il arracha tous les moyens compressifs, et le sang coula de nouveau. Alors, sans balancer, j'incisai sur le trajet de l'artère fémorale, tout à fait à sa partie supérieure, et en fis la ligature au-dessus de l'artère musculaire profonde.

Cette opération fatigua peu le malade ; elle ne dura pas au delà de deux minutes. L'hémorrhagie fut suspendue, mais les accès de fièvre avec redoublement empirèrent, malgré l'administration du quinquina, et le malade succomba sept jours après l'opération, sans qu'il eut aucune trace de gangrène dans le membre opéré.

En cherchant après la mort, quel était le vaisseau intéressé, nous reconnûmes que c'était la veine fémorale. (Gazette médicale de Paris, t. I. p. 299, 1853.)

OBSERVATION VI (résumée).

Une femme de 49 ans souffrait d'une tumeur grosse comme une tête d'homme et située en avant de l'artère fémorale. Le réseau veineux sous-cutané était très dilaté et forme en plusieurs points de grosses veines. Au moment où Langenbeck finissait d'extirper cette tumeur, en coupant les derniers liens celluleux qui la retenaient, il s'écoula de la plaie un flot de sang noir. La compression de la veine fémorale arrêta l'hémorrhagie, et quand on eut enlevé la tumeur, on trouva dans la partie très dilatée de la veine, à un pouce au-dessous de son entrée dans le canal crural, une perforation d'une ligne et demie de diamètre. On jeta sur la paroi veineuse perforée une ligature latérale, mais au moment où l'on cessa la compression de la veine, la ligature se détacha et l'hémorrhagie reparut. Après avoir essayé de lier la veine fémorale sans succès, car elle était si friable qu'elle cédait au choc du sang, Langenbeck se décida à appliquer sur l'artère une

double ligature et à couper le vaisseau entre les deux fils. Alors l'hémorrhagie s'arrêta définitivement. Au bout de trois jours, la plaie commença à suppurer, les ligatures se détachèrent plus tard, et en trois mois la cicatrisation était complète. (Langenbeck cité par Follin et Duplay, Traité de Chirurgie, t. 3. p. 533).

OBSERVATION VII.

Lympho sarcome inguinal. — Opération. — Mort par érysipèle gangréneux.— Marcano. *Bulletin de la Société anatomique*, 1873.

S..., âgé de 53 ans, cultivateur, entre le 15 janvier 1875 dans le service de M. Demarquay, à la maison de santé.

Cet homme n'a jamais été malade. Ses parents sont morts très vieux, sans affections organiques. Il n'a jamais eu de scrofule ni de syphilis.

Il y a trois mois, il s'est aperçu que quelque chose le gênait dans l'aine droite où il constata une petite glande coulant sous la peau qui était saine. Le malade n'y aurait ajouté aucune importance, si la tumeur ne s'était développée rapidement. Quelque temps après son apparition, elle s'est aggravée en envahissant les régions voisines jusqu'à atteindre le volume que l'on trouve aujourd'hui.

Pas de symptômes généraux, à part une légère gêne des mouvements du membre. La tumeur, située au-dessous de l'arcade crurale, est du volume du poing, non adhérente à la peau, de forme globuleuse, bien limitée de tous les côtés, immobile.

Il n'y a pas de douleurs spontanées ni provoquées.

Les autres régions ganglionnaires sont indemnes.

Le 21 janvier, énucléation de la tumeur. La gaine des vaisseaux fémoraux reste intacte, peu de sang s'écoule.

Le 21. Fièvre ; le jour, érysipèle.

Le 22. L'erysipcte envahit la cuisse et l'abdomen. Petite plaque gangreneuse.

Le 27. Etat grave, l'érysipèle envahit le tronc, insomnie, délire.

Mort le 1er février.

Autopsie. La veine fémorale est intacte. Les régions ganglionnaires sont indemnes; l'examen histologique fait par M. Nepveu montre que la tumeur est composée de cellules lymphatiques, à divers de-

grés de développement, comprises dans des alvéoles dans lesquelles on trouve en même temps des éléments fibro-plastiques.

La tumeur était un lympho-sarcome mou.

OBSERVATION VIII (résumée).

Lymphosarcome de la région inguinale. — Extirpation. — Mort. (Thèse de M. Coglioso, 1873. Paris). — Pas de généralisation viscérale.

Félix Chapy, âgé de 16 ans, entre le 31 mars 1873, dans le service de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital de la Charité, lit n° 35, salle Sainte-Vierge.

A part son père, qui est mort d'une affection longue et indéterminée, Chapy donne sur le reste de sa famille des renseignements qui excluent tout antécédent morbide héréditaire.

Quant à lui, il est petit, maigre, chétif, et malformé pour son âge. Cependant il n'a pas eu de maladies antérieures, et n'a présenté aucune trace appréciable de diathèse scrofuleuse. Début, il y trois ans, par une petite grosseur dans l'aine, du volume d'une noisette. La tumeur augmente lentement, sans causer de douleurs. A peine le malade accuse-t-il une légère gêne après de longues marches.

A son entrée, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de dinde, occupant la partie supérieure du triangle de Scarpa, et présentant à sa partie interne un petit lobe qui n'est apparu que depuis un an. La tumeur est dure et bosselée. La peau est mobile et intacte au-dessus d'elle. Le malade, examiné avec soin, présente dans la fosse iliaque interne un groupe de ganglions hypertrophiés, mais indolents. Au cou, quelques ganglions engorgés, mais peu volumineux et indolents. Les viscères paraissent intacts.

Comme la tumeur menace de devenir par un accroissement rapide très gênante pour le malade, M. le Dr Gosselin se décide à l'enever.

Le 12 avril. Application de caustique de Vienne en croix sur la tumeur.

Le 24. L'eschare est tombée, et M. Gosselin pratique l'ablation de la tumeur, en suivant le tracé de la cautérisation dans son incision.

Le néoplasme avait des prolongements difficiles à enlever en arrière et en dedans. La plaie marche sans complications vers la

guérison. Mais la tumeur intra-abdominale augmente rapidement. Engourdissement et œdème des membres.

10 mai. Paraplégie.

Le 14. Douleurs vives et lancinantes en ceinture; incontinence d'urine.

Le 15. Signe d'une pleurésie gauche; mort dans le coma quelques jours après.

A l'autopsie, on trouva que la tumeur iliaque ne comuniquait pas avec la région inguinale et n'était pas la cause des accidents de compression. A gauche il existait un épanchement pleurétique purulent. Une fois la cavité pleurale vidée, on vit une tumeur oblongue à grand diamètre vertical, siégeant au niveau du corps des cinquième et huitième vertèbres dorsales. Les articulations costo-vertébrales correspondantes étaient envahies et dissociées. Les vertèbres étaient infiltrées d'une substance grisâtre et mollasse.

L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait de tumeurs de tissu lymphadénoïde. On rencontra une grande quantité de cellules embryonnaires, et le réticulum paraissait manquer par place.

OBSERVATION IX.

Extirpation d'un carcinome profond de l'aine. — Dénudation des vaisseaux fémoraux et iliaques. — Ouverture du péritoine. — Pansement de Lister. — Guérison par le Dr Bœckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg.

H. S..., âgée de 49 ans, de Oberbetschdorf, entre au service de M. le professeur Bœckel, salle n° 34, le 21 août 1876, pour une tumeur récidivée de l'aine droite.

C'est une femme lymphatique, d'une constitution délicate, mariée, mère de trois enfants, dont l'aîné a 12 ans, et le plus jeune 6 ans.

Réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans, les règles ont toujours été régulières.

Il y a treize ans, elle entrait à l'hôpital de Strasbourg, dans le service de M. Rigaud, pour une tumeur semblable. Elle fut opérée une première fois avec succès, et la guérison se maintient pendant douze ans. Il y a un an, elle commença à s'apercevoir que la tumeur avait récidivé, mais, n'éprouvant tout d'abord aucune gêne par suite de cette récidive, elle ne désira pas une nouvelle intervention; mais, voyant journellement que la tumeur augmente de volume, qu'elle

s'accompagne de douleurs et empêche en même temps la marche, elle demande à subir une opération.

État actuel. — A l'examen, on trouve la région inguinale droite occupée par une tumeur présentant deux bosselures principales, au sommet desquelles existe une fluctuation manifeste; la peau qui recouvre ces bosselures est amincie, rougeâtre, mais non adhérente.

A la partie supérieure de la tumeur, on remarque une ligne cicatricielle de 0 m. 16 de long, dirigée de dehors en dedans et de haut en bas, de l'épine iliaque antéro-supérieure vers le pubis, dans la direction du ligament de Fallope. La tumeur est dure, irrégulière, présente, comme nous l'avons dit, à sa surface deux bosselures, dont l'une au-dessus et l'autre au-dessous du ligament de Fallope.

La cicatrice de la première opération longe la bosselure supérieure. La tumeur est à cheval sur les vaisseaux fémoraux, et mesure en hauteur environ $0^{m},14$. A la partie supéro-externe elle est douloureuse à la pression par suite de la compression de quelque filet nerveux.

La tumeur est peu mobile et semble adhérer à l'épine iliaque par un pédicule fibreux.

Diagnostic. M. le professeur Bæckel croit à l'existence d'un sarcome, et sur le consentement de la femme H. il en pratique l'extirpation en suivant la méthode de Lister.

26 août. T. m. 36,8. — T. s. 36,4. Le 26 aout en présence des internes et des élèves qui suivent le service la malade est chloroformée par M. Kaltenthaler. Après résolution complète M. le professeur Bæckel commence par circonscrire la cicatrice de la première opération par une incision ovalaire à petit diamètre très court, limitant en haut et en bas la bosselure supérieure. Cette incision faite, et pour avoir plus de jour, il en fait une seconde dans son milieu, dirigée en bas, suivant l'axe de la cuisse. Il dissèque la peau, tombe en avant à la partie inférieure sur le couturier et le droit antérieur dégénérés et les coupe à la partie inférieure de la tumeur. On applique des pinces presse-artères sur tous les points hémorrhagiques qui sont du reste très nombreux. Puis, on continue la dissection de la peau à la partie supérieure. Une fois celle-ci suffisamment décollée, M. Bæckel commence à détacher la tumeur dans sa profondeur; mais en voulant l'attirer de dedans en dehors, il crève plusieurs loges, desquelles s'échappent des masses semblables à des fongosités et qui paraissent être de nature carcinomateuse. En cherchant à déta-

cher à l'aide du bistouri et des ciseaux la tumeur à sa partie inférieure, on est obligé de diviser l'arcade de Fallope, qui est englobée dans la masse morbide, puis, après avoir lié deux ou trois artérioles ou lombes sur la veine saphène, sur la quelle on applique deux ligatures au catgut dont on laisse les fils longs, la veine est sectionnée entre les deux.

Pendant tout le temps de l'opération des masses fongueuses s'échappent de la masse principale, ce qui gêne notablement l'opérateur. A la partie supérieure on agit de même avec le bistouri et les ciseaux et on tombe sur les muscles oblique et transverse, dont les fibres qui avoisinent la tumeur sont dégénérées et comprises dans la portion à enlever. Pendant ce temps de l'opération l'hémorrhagie en nappe n'est pas moins abondante que précédemment. L'artère épigastrique à son tour est divisée, mais saisie immédiatement et lié au catgut.

L'opérée est très pâle, les battements du cœur sont encore manifestes, mais le pouls est complétement insensible. La respiration, très lente du reste, est très faible et fait suspendre pour un certain temps l'administration du chloroforme. En dehors la dissection profonde de la tumeur est assez rapide partout ou l'on n'a à craindre aucun vaisseau. Mais sur le trajet des vaisseaux fémoraux et iliaques elle est très lente ; la tumeur cède enfin, et à la partie supérieure de la place qu'elle occupait, existe une éventration à travers laquelle le péritoine fait hernie.

Des parties suspectes sont ensuite enlevées aux ciseaux, et au moment de terminer l'opération un coup de ciseau ouvre le péritoine sur une étendue de 4 centimètres. M. le professeur Bæckel applique aussitôt trois sutures au catgut sur la plaie péritonéale et continue à faire l'hémostase, soit avec des pinces, soit avec des nouvelles ligatures. Une fois celle-ci à peu près complète, on passe des sutures aux lèvres des incisions, après avoir administré à l'opérée avec précaution une nouvelle dose de chloroforme. Toutes les sutures sont faites avec des épingles ; on ne laisse qu'une petite ouverture à l'endroit où les deux incisions se réunissent, et cela pour pouvoir tamponner la plaie plus facilement. Le premier tamponnement est fait avec du Pagliari ; on applique ensuite le pansement de Lister et un tampon d'ouate salicylique, que l'on recouvre d'ouate ordinaire. Le tout est maintenu à l'aide d'un spica de l'aine fortement serré.

L'opérée est toujours excessivement pâle, le pouls est complète-

ment insensible, les globes oculaires renversés les paupières entr'ouvertes et la respiration excessivement lente. On cherche à réveiller la sensibilité à l'aide de l'électricité, d'injections sous cutanées d'éther acétique et enfin par l'administration de quelques cuillerées de vin. On transporte alors l'opérée dans son lit.

Jusqu'à midi l'état reste le même ; le pouls est insensible, on fait prendre à l'opérée des pilules de glace contre les vomissements, du champagne frappé et du rhum contre l'affaissement. Jusqu'à 4 heures elle ne vomit qu'à deux reprises.

26 août. T. m. 36o. 8. à 4 heures, T. S. 36,4. Pouls complètement insensible, bien que l'opérée se soit manifestement relevée et qu'elle réponde clairement à toutes les questions, elle n'acuse que peu de douleurs; la constriction seule, produite par le sondage, la gêne. On enlève la bande, les compresses et la couche d'ouate placée au côté externe de la cuisse et vers la fesse, mais sans toucher au pansement proprement dit, puis on remplace les piéces enlevées à 8 heures du soir on fait une injection morphinée de cinq divisions. La nuit est assez calme...

27 août. Le matin la température atteint 37° 5. P. 84, est encore faible. Le facies de l'opérée est asssz satisfaisant, vu l'état d'affaissement dans lequel elle s'était trouvée la veille. Elle n'a plus rendu, mais elle accuse dans la fosse iliaqne droite des douleurs assez vives que la pression exagère. Le pansement imbibé de sérosité sanguinolente est enlevé sous le brouillard de Lister. On laisse encore en place les boulettes de Pagliari, au desous desquelles le péritoine fait hernie dans la plaie. T. s. 38° 8. P. 104, plus fort ; l'abattement dans lequel l'opérée était après l'opération disparaît; le suintement ayant traversé les pièces à pansement, on le renouvelle, après avoir remplacé les boulettes de Pagliari par des boulettes de sulfite phéniqué. Le matin on enlève quelques épingles au centre et vers l'incision de la cuisse; il se produit un peu de désunion.

Le 28. T. m. 38° 3. P. 100. M. Bœckel enlève le restant des épingles. La pression de l'abdomen au-dessus de la plaie est douloureuse ; il existe un peu d'empâtement dans la fosse iliaque, trace d'un péritonite localisée. T. s. 29°2. P. 64.

Le 29. T. m. 38°9. P. 108. L'empâtement a un peu augmenté; la douleur est plus vive, la désunion augmente un peu. La partie péri-

tonéale herniée commence à se couvrir de bourgeons et devient un peu plus volumineuse. T. s. 38,7. P. 96.

Le 30. T. m. 38,7. P. 88. T. s. 38,2 P. 96

Le 31. T. m. 38,2 T. s. 38,2. L'empâtement diminue et la plaie est toute couverte de bourgeons ; on continue le Lister.

1er septembre. T. m. 38,3 T. s. 38,3.

Le 2. T. m. 38,1. L'opérée n'ayant pas eu des selles depuis le jour de l'opération, on lui prescrit un lavement purgatif à l'huile de ricin ce qui donne lieu à deux ou trois selles très abondantes dans la soirée. T. s. 38,9.

Le 3. T. m. 38,3. T. s. 38,8.

Le 4. T. m. 37,5. La partie peritonéale hernié atteint à peu près le volume d'un œuf. L'état général et l'état local sont excellents T. s. 38,6.

Le 7. T. m. 37,2 jusqu'alors la température est restée normale. T. s. 39,1.

Le 8. T. m. 38,6. L'opérée est abattue; elle se plaint de maux de tête mais on ne trouve nule part l'explication de la température élevée T. s. 38,9.

Le 11. T. m. 38,3. On fait le pansement et on trouve la plaie en très bon état. Les mêmes douleurs de tête persistent; le ventre est indolore, mou. On remplace le spica de l'aine par des simples écharpes. T. s. 39,1.

Le 12. T. m, 39,2. Le même abattement persiste, le teint devient un peu terreux, malgré cela la plaie conserve un aspect excellent, mais à ses côtés externes et internes il se forme deux petits clapiers. T. s. 40,5.

Le 13. T. m. 28,6. T. s. 39,5.

Le 14. T. m. 38,5. Un peu d'amélioration T. s. 39°.

Le 15. T. m. 38,2. T. s. 39,2.

Le 16. T. m. 37,4. L'opérée est complètement remise de son abattement; quant à la plaie, elle se retrécit notablement, et donne lieu à une faible suppuration ; on continue néanmoins les deux pansements par jour. T. s. 38,1.

Le 18. T. m. 38,7. Du 16 au 18 la température a en général toujours dépassé 38. M. le professeur Bœckel prescrit une potion de 2 grammes de bromure de potassium par jour pour combattre les maux de tête. T. s. 29,4

Le 19. T. m. 38,1. Pour agir en même temps contre l'infection

qui peut survenir ou l'élévation de la température et contre cette élévation elle-même, M. Bœckel prescrit le salycilate de soude à la dose de 3 grammes (à prendre en 3 heures). T. s. 39,5,

Le 20. T. m. 39. Pas de changement; l'état de la plaie n'offre rien de particulier. On continue le salycilate. T. s. 39·1.

Le 21. T. m. 39°. On administre de nouveau 3 gr. de salicylate, T. s. 37°, 3. Du 21 au 27 septembre, au matin la température reste normale; en même temps tous les symptômes alarmants disparaissent chez l'opérée. La plaie se rétrécit notablement sans donner lieu à une forte suppuration.

Le 27. T. m. 39°,2. Céphalée; malaise général comme ci-dessus; on prescrit de nouveau le salicylate de soude. T. s. 39°.

Le 28. T. m. 39°,4. Peu d'amélioration; l'opérée prend de nouveau un teint un peu terreux, respiration courte, fréquente. A l'auscultation, on perçoit dès la base du poumou droit de nombreux râles crépitants.

On prescrit des ventouses et on continue le salicylate. Le lendemain on applique un vésicacoire. T. s. 39°,1.

Du 28 septembre au 1er octobre la température dépasse encore 38°. L'anse péritonéale herniée commence à disparaître et la plaie à devenir linéaire; on ne fait plus qu'un pansement par jour.

A partir du 2 octobre toute élévation de température disparaît ; les râles crépitants ne se font plus entendre, et vers le milieu du mois la plaie est complètement cicatrisée et l'opérée n'attend plus qu'un caleçon herniaire pour quitter le service.

La tumeur enlevée, examinée au microscope, était de nature carcinomateuse. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, décembre 1876).

OBSERVATION X.

En 1856, en enlevant aussi une tumeur de l'aine, j'eus le malheur, comme Roux, dit Malgaigne, de blesser la veine fémorale sur laquelle je jetai une double ligature. Les phénomènes furent d'abord les mêmes que chez le sujet de Roux (voy. obs. IV), mais vers le sixième jour une hémorrhagie se fit par la plaie. Quand j'arrivai elle était arrêtée, et je ne pus qu'en présumer l'origine; le lendemain, nouvelle hémorrhagie, que le sujet averti arrêta par une compression légère; mais les hémorrhagies revinrent, il s'effraya, oublia de com-

primer, et succomba avant qu'on put lui porter secours; l'œdème du membre avait un peu diminué, mais il était encore considérable ; du reste il n'y avait pas l'ombre de gangrène. (Malgaigne, Anat. chir., 1859, p. 344, t. I.)

OBSERVATION XI.

Communiquée par M. le Dr P. Reclus.

Fibrome pédiculé implanté sur le fémur. — Extirpation. — Blessure de l'artère et de la veine fémorale. — Ligature. — Mort après douze jours.

Femme de 55 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil remplacé par M. le Dr Reclus.

Tumeur datant de longtemps, ayant augmenté lentement et progressivement de volume, faisant de plus en plus saillie du côté du triangle de Scarpa soulevant, progressivement la peau.

Tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, assez lisse et régulière, située au niveau de vaisseaux fémoraux, qu'elle déborde en dedans et en dehors, peau mobile et souple au niveau de la tumeur: mobilité parfaite de la tumeur sur les parties profondes, à tel point qu'on pourrait croire qu'elle était sus-aponévrotique.

L'exploration de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur montre que la circulation est intacte à ce niveau ; on sent très bien les battements de la fémorale aussi bien au-dessus qu'au-dessous, et aussi bien dans toute la cuisse malade que du côté sain. Pas d'exploration au sphygmographe.

Operation. — La tumeur est attaquée par le côté externe. A un moment donné un flot énorme de sang vient inonder les assistants. L'artère fémorale est ouverte : M. Reclus arrête immédiatement l'hémorrhagie en mettant un doigt sur l'ouverture du vaisseau et le faisant remplacer par le doigt d'un aide, il lie la fémorale immédiatement au dessous de l'arcade fémorale.

La veine fémorale est aussi liée. L'opération est ensuite continuée et la suite montra que la tumeur était implantée par un pédicule assez mince sur le fémur immédiatement en avant du petit trochanter

La malade est morte au bout de 12 jours après avoir présenté de la gangrène et des phénomènes de septicémie.

OBSERVATION XII.

Lymphadénome de l'aine gauche. — Ablation. Guérison, par M. le professeur Richet (personnelle).

X..., 38 ans, journalier, entre, le 20 décembre de 1881, salle Saint-Landry, n° 2 (service de M. le professeur Richet), à l'Hôtel-Dieu.

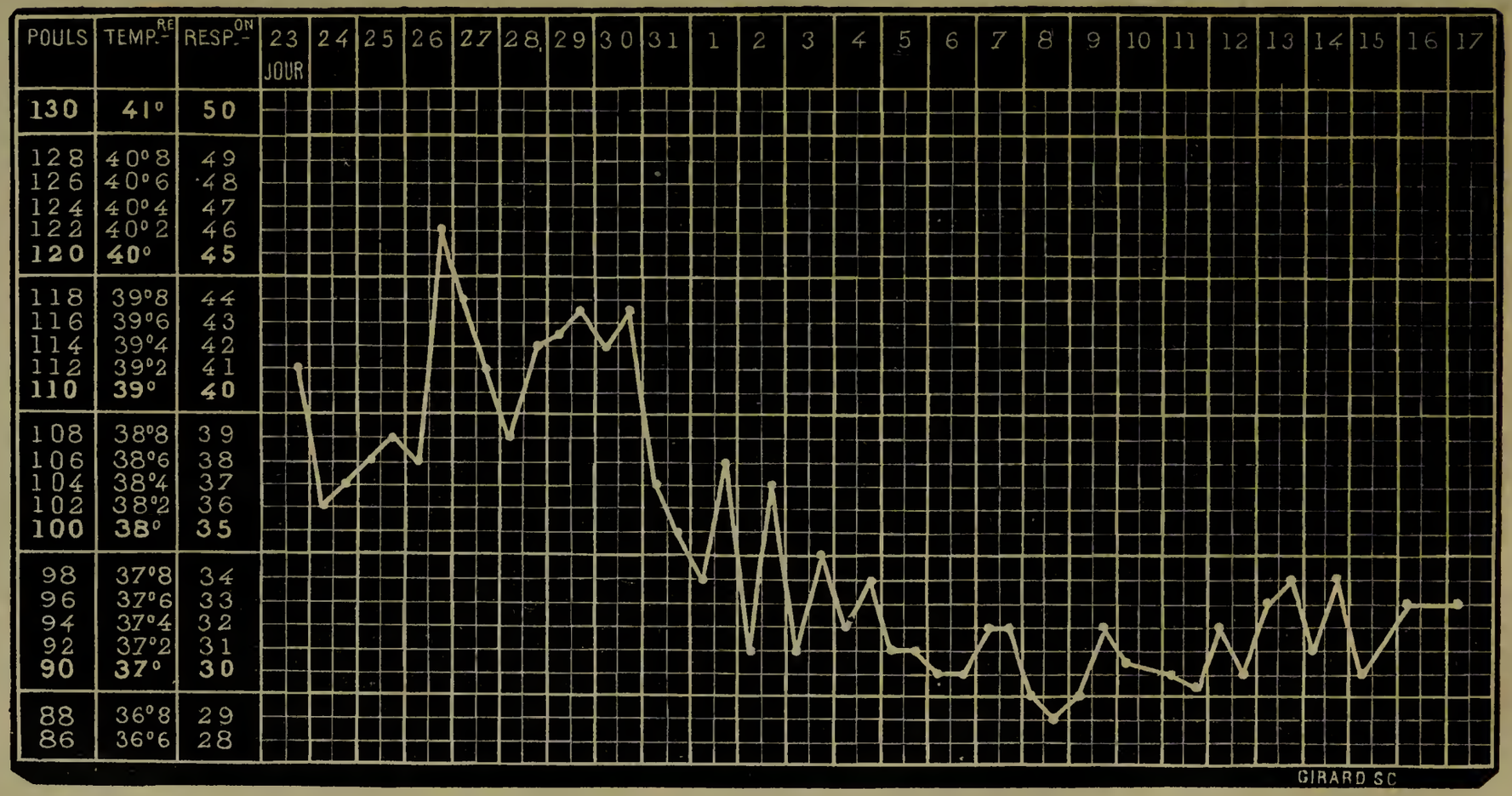
Dit s'être toujours bien porté. N'a jamais fait de maladie. Pas de traces de scrofule dans son enfance. Pas de syphilis.

Il donne les renseignements suivants : la tumeur avait commencé, il y a un an, par une petite tumeur située sur la partie moyenne du triangle de Scarpa ; comme il a les ganglions des deux aines un peu développés, il n'y attache pas d'importance, d'autant plus que cette petite tumeur était absolument indolente et ne le gênait en rien dans son travail ; elle était arrondie, de consistance demi-dure, roulait sous la peau ; d'abord du volume d'un marron, elle s'accrut progressivement, lentement, de façon à acquérir le volume de deux poings. La peau restait absolument indemne, la tumeur indolente ; la marche n'était nullement gênée ; sa santé s'était conservée très bonne ; il avait conservé ses forces et son appétit.

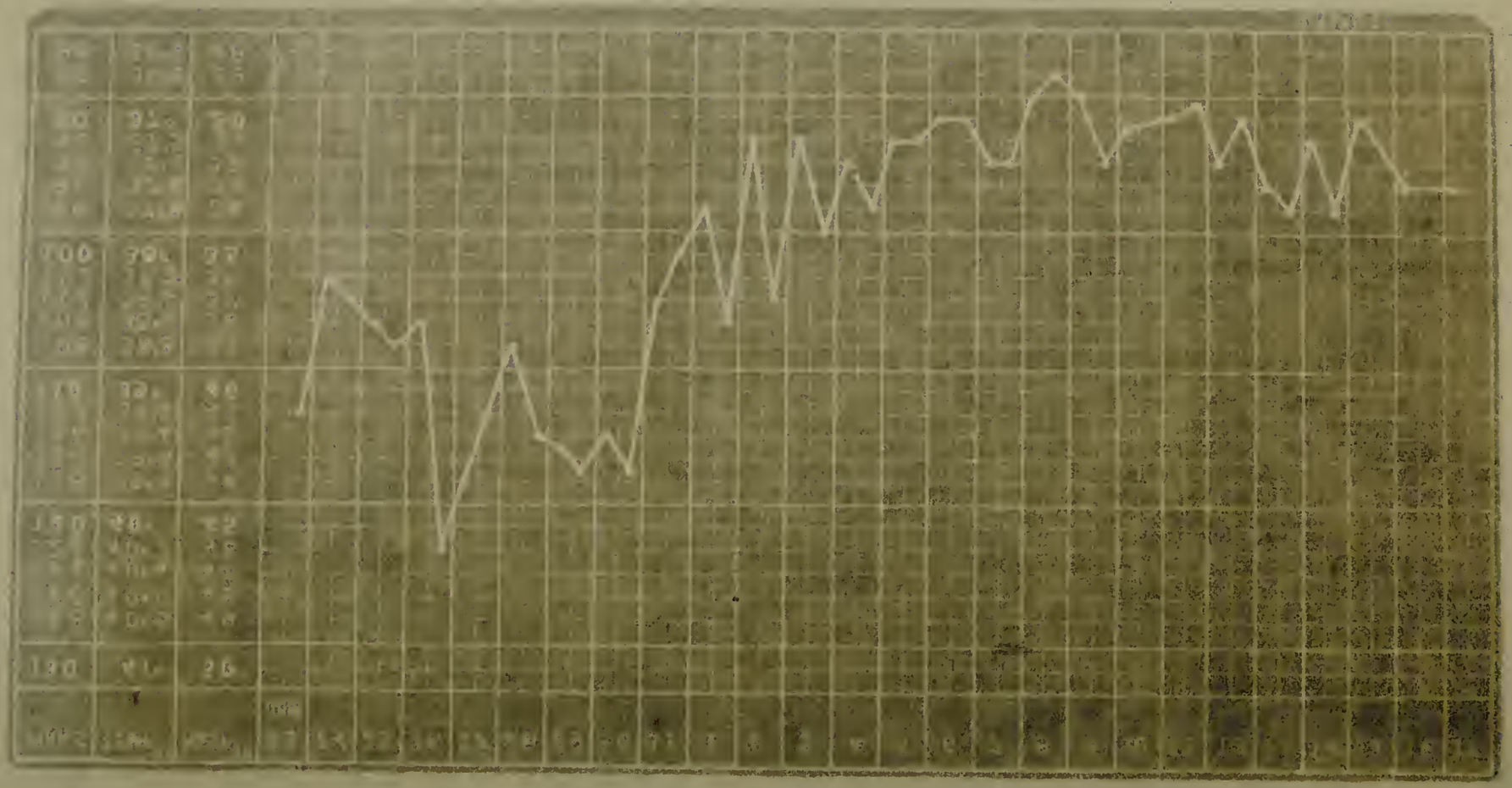
Il y a six semaines, il reçut d'une femme, qui se débattait au milieu d'une attaque d'hystérie, un coup de tabouret qui atteignit la tumeur. Il eut immédiatement une hémorrhagie très abondante, qu'on eut beaucoup de peine à arrêter ; le malade évalue de 3 à 4 litres la quantité de sang qu'il a perdu (?), le chiffre paraît un peu exagéré. Quoiqu'il en soit, cette hémorrhagie fut assez abondante pour déterminer une syncope qui aurait duré près d'une heure, et pour le plonger dans un état d'affaissement et d'anémie très grandes. C'est alors que le malade songea à réclamer les soins d'un chirurgien et qu'il entra à l'hôpital dans le service de M. le Dr Reclus, remplaçant M. Cusco, qui le confia ensuite à M. Richet.

La plaie par laquelle le sang s'est écoulé ne s'est pas refermée depuis ce moment, et quelques jours après apparut, sur la partie la plus culminante de la tumeur, une deuxième ulcération que le malade attribue au frottement du pantalon. Depuis le traumatisme, la tumeur s'est accrue avec une grande rapidité.

État actuel.— Homme grand, fort, bien constitué, muscles déve-



Tracé de la température de notre observation XII.



loppés. Pâleur très grande des téguments qui n'existait pas avant l'hémorrhagie, et qu'on peut et qu'on doit attribuer à elle. Forces notablement diminuées. Depuis l'accident, appétit languissant.

Les viscères sont sains; les régions ganglionnaires sont explorées avec le plus grand soin, et on ne découvre aucune tumeur; les ganglions de l'aine droite sont un peu développés, mais pas plus volumineux que ceux qu'on observe chez un grand nombre de sujets.

Dans la région inguino-crurale gauche, existe une tumeur qui mesure 22 centimètres de diamètre sur 16 de hauteur.

Elle est de consistance un peu inégale, mais sa consistance générale est molle; cependant elle est plus dure vers sa base, où existe comme un gros bourrelet; plus molle vers les parties peu rapprochées du sommet, elle offre de grosses bosselures.

La peau présente un état variable suivant le point où on l'examine : elle a subi comme une sorte d'hypertrophie vers la partie périphérique de la tumeur: au centre, au contraire elle est amincie, mais elle n'est pas adhérente à la tumeur.

Sur le point le plus culminant il existe une vaste ulcération de 8 centimètres de diamètre à travers laquelle fait en quelque sorte hernie la tumeur qui a tout à fait l'aspect encéphaloïde: une autre ulcération ayant la dimention d'une pièce de 5 francs existe en bas et en dedans de celle-ci, c'est par là que s'est faite l'hémorrhagie. Elle donne lieu à une sécrétion ichoreuse, très abondante, d'odeur infecte.

La tumeur descend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, en dedans elle va jusqu'au pli génito-crurale, en dehors elle dépasse un peu le couturier, en haut elle déborde l'arcade fémorale, mais sans y adhérer: elle est très mobile vers les parties profondes.

Les mouvements du membre inférieur sont faciles, seule la flexion de la cuisse est gênée par le volume de la tumeur.

Pas de modifications de forme, de volume, de coloration, de consistence, de chaleur du membre.

L'artère iliaque externe n'est pas déviée.

Les battements de la poplitée et de la fémorale au-dessous ne sont pas perceptibles; mais on perçoit très bien, mieux même que du côté opposé les battements de la pédieuse; les pulsations sont enregistrées à l'aide du sphygmographe.

Pas d'œdème, la circulation est intacte.

L'examen du sang a révélé une augmentation à peu près insignifiante de globules blancs.

Température la veille de l'opération 39,2.

Diagnostic. Lymphosarcome de l'aine.

Opération. Le 24 décembre. La malade est chloroformée.

Incision elliptique de la peau au thermo-cautère, quand elle est complète, cette incision devient circulaire; on coupe de nombreuses veines volumineuses qui sont saisies avec les pinces à forcipressure.

Arrivé au tissu cellulaire sous-cutanée, M. Richet abandonne le thermo-cautère et coupe avec le bistouri: l'énucléation commencée en dehors se fait facilement, tantôt avec le bistouri, tantôt avec les doigts : elle est prolongée jusqu'au voisinage des vaisseaux, puis la tumeur est détachée en dedans, on place deux ligatures sur la saphène interne qui est coupée entre ces deux ligatures.

La tumeur est très friable, se déchire facilement; M. Richet en arrache la plus grande partie, et il ne reste qu'une portion adhérente aux vaisseaux : on détache encore les parties les plus superficielles: on est presque sur les vaisseaux ; on dissèque ceux-ci avec le bistouri en dédolant : ils sont mis à nu dans une étendue de 5 centimètres environ.

Des masses d'aspect ganglionnaire sont ensuite arrachées avec les doigts du côté de l'ouverture du canal crural et en bas de l'intérieur de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Pansement avec l'eau phéniquée.

25 décembre. Un peu de fièvre, vomissements chloroformiques; un peu de prostration. La plaie ne bourgeonne pas.

Le 27. Apparition d'œdème au pied et à la partie inférieure de la jambe; l'etat général n'est pas très bon, la fièvre continue.

Le 29. L'œdème occupe tout le membre inférieur (phlébite de la fémorale) plaie recouverte de fausses membranes membre un peu élevé

2 janvier. La plaie commence à se déterger par places.

Le 7. La fièvre tombe progressivement, le malade commence à manger, l'œdème diminue. On resserre la plaie au moyen des bandelettes de diachylon.

Le 20. La fièvre est complètement tombée : la plaie commence à bourgeonner et le malade mange.

Cet état ne fait que s'améliorer : l'état général devient excellent :

QUESTIONS

SUR LES DIFFÉRENTES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la vision.

Physiologie. — Des mouvements réflexes.

Physique. — Baromètre. Effets de la pression atmosphérique sur l'homme.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. Comment les divise-t-on? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Pharmacologie. — De la distillation. Des eaux distillées ou hydrolats. Comment les divise-t-on?

Anatomie et physiologie pathologiques. — Des altérations de l'urine.

Thérapeutique. — Médication révulsive.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine opératoire. — De la ligature de l'artère axillaire.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sang d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — Du palper abdominal. Sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des positions et de présentations.

Vu, par le président de la thèse,
RICHET.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

le malade mange jusqu'à 6 portions et engraisse à vue d'œil, en même temps que les couleurs reviennent.

L'œdème du membre inférieur persiste encore quoique notablement diminué.

7 février. La plaie qui avait 25 centimètres d'étendue est réduite à environ 8 cent. et est en bonne voie de guérison, le malade demande à se lever.

Le 15. Le malade veut partir pour son pays. La plaie n'est pas complètement fermée : mais elle est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

L'examen histologique fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu a montré qu'il s'agissait d'un lymphosarcome : elle est constituée par une grande quantité de cellules embryonnaires assez volumineuses contenues dans les mailles d'un reticulum peu serré.